

المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية
منظمة الصحة العالمية

الأدوية النفسانية التأثير

تحسين ممارسات الوصف

تحرير

عبد الحميد قدس
عنايت خان

الطبعة الاولى



المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية



منظمة الصحة العالمية

الأدوية النفسانية التأثير

تحسين ممارسات الوصف

تحرير

عبد الحميد قدس

ص.ب: ٥٢٢٥ الصفاة ـ الكويت رمز بريدي 13053
هاتف: ٢٤١٦٩١٥ ـ ٢٤١٩٠٨٦، تلكس: ٤٤٦٧٥



المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

أكمل - الكويت

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب أنشئت عام ١٩٨٠ ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- اصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الانتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وانشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الانتاج.
- تدريب العاملين في مجال التوثيق ونظم المعلومات الطبية في الوطن العربي.

ويتكون المركز من مجلس أمناء يشرف عليه وأمانة عامة وأربع إدارات رئيسية، وهو يقوم بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة للمصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية.

وبالإضافة إلى عمليات التأليف والترجمة والنشر يقوم المركز، بتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي وخدمات التدريب في مجال نظم المعلومات الطبية وعمليات البث الانتقائي للمعلومات الطبية العربية والأجنبية.



منظمة الصحة العالمية

منظمة الصحة العالمية وكالة متخصصة من وكالات الأمم المتحدة تضطلع بالمسؤولية الرئيسية بالنسبة للأمور الصحية الدولية والصحة العمومية.
ومن خلال هذه المنظمة ، التي أنشئت عام ١٩٤٨ ، تتبادل المهن الصحية في ١٦٦ بلدا معارفها وخبراتها لكي يبلغ جميع مواطني العالم بحلول سنة ألفين مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعيا واقتصاديا.

وهدف منظمة الصحة العالمية، وفقا لما ينص عليه دستورها، هو أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن. ومن أجل تحقيق هذا الهدف تعمل المنظمة كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي.

وتتعاون المنظمة مباشرة مع دولها الأعضاء، وتشجع قيام التعاون بين هذه الدول، في تعزيز الخدمات الصحية الشاملة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتحسين الأحوال البيئية، وتنمية القوى العاملة الصحية، وتنسيق وتطوير البحوث الطبية الحيوية وبحوث الخدمات الصحية، وتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية.

المحتويـــات

تقديم .... هـ
تصدير .... ز
شكر .... ط
قائمة المشاركين .... ك

الفصل الأول
المقدمة

الفصل الثاني
الأدوية النفسانية التأثير: الحالة الراهنة

التصنيف ١٤
احتمال حدوث الاعتماد ٢٠
الاستعمال في الدول المتقدمة صناعيا ٢٠
الاستعمال في الدول النامية ٢٥
الفوائد الطبية ٢٧
الفوائد الاجتماعية ٣١
الإستنتاجات ٣٤

الفصل الثالث
العوامل التي تؤثر على وصف الدواء

دور العوامل غير الطبية ٣٨
الأبحاث والتدريب المهني ٤٠
صناعة الدواء ٤٤

الهيئات الصحية وأنظمة التأمين الصحي ٤٨
الزملاء والمهنيون الصحيون الآخرون ٥١
المرضى ٥١
خصائص الطبيب وظروف العمل ٥٣
الوضع عموما ٥٤
الملامح الخاصة للدول النامية ٥٤
الإستنتاجات ٥٥

الفصل الرابع

مبادىء الوصف الرشيد

وصف الأدوية للمرضى المحتمل معاناتهم من الكرب ٥٧
وصف الأدوية للمرضى بحالات مرضية قابلة للتشخيص ٦١
المرضى المتلاعبون ٦٤
الإستنتاجات ٦٧

الفصل الخامس

بدائل الأدوية النفسانية التأثير

الحاجة إلى بدائل ٦٩
معالجة السلوك ٧١
تقييم المريض ٧١
طرق التدخل ٧٣
مزايا العلاجات البديلة ٧٨

الفصل السادس

دور التعليم الطبي

مواطن الضعف في التعليم التي تؤدي إلى الوصف غير الرشيد ٨٢
تقييم التدريس والتعلم في التعليم الطبي ٨٤
المقابلات وطرق التقييم الأخرى ٨٦

تقييم كفاية البرامج التعليمية ٨٨
التعليم المستمر ٩٠
الإستنتاجات ٩١

الفصل السابع
دور التعليم المستمر

الحكومات ٩٦
المنظمات غير الحكومية ١٠١
منظمات المستهلكين ١٠٣
صناعة الدواء ١٠٥
المنظمات الدولية ١٠٨
الإستنتاجات ١١١

الفصل الثامن
مصادر المعلومات

عملية التسجيل ١١٤
تحديث المعلومات بعد أن يتم تسويق الأدوية ١١٧
أنظمة المناظرة الدولية ١١٨
دراسات أخرى عن استعمال الأدوية ١٢٠
دراسات حول توافر الأدوية ١٢١
الهيئات المنفذة للقانون ١٢٣
مصادر أخرى ١٢٥
الإستنتاجات ١٢٧

الفصل التاسع
نشر المعلومات

ما الذي يمكن أن تحققه المعلومات والثقافة؟ ١٢٩
أهداف التثقيف الدوائي ١٣٢

طرق نشر المعلومات ١٣٥
أنظمة الإبلاغ الرسمية ١٤٢
الإستنتاجات ١٤٣

الفصل العاشر
تقييم فعالية التدخلات

مستويات التقييم ١٤٥
تخطيط التقييم ١٤٧
المشاكل المنهجية ١٥١
أمثلة من التعليم حول الكحول ١٥٣
الإستنتاجات ١٥٦

الفصل الحادي عشر
التوصيات

ملحق ١

اجتماع منظمة الصحة العالمية حول تدريب المهنيين بالرعاية الصحية من أجل تحسين وصف وتوصيل واستعمال المواد النفسانية التأثير ١٦١

تقديم
معالي الدكتور عبدالرحمن العوضي
الأمين العام للمركز

عندما قرر «مجلس وزراء الصحة العرب» إنشاء «المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية» فانهم صادقوا على قانونه الأساسي الذي يهدف أصلا إلى «دعم اللغة العربية وتعزيزها في مجال العلوم الطبية والصحية».

ولعلي لا أبالغ إذا قلت إنه قد اتضح للجميع ـ الآن ـ أن هناك ظاهرات عديدة، بدأت في السنين الأخيرة، تُنبِىء بأن تعريب الطب والعلوم الصحية قد أصبح مطلبا في غاية الأهمية، يتقدم المطالب الأخرى جميعا في ميدان التربية والتعليم. . ولم يعد موضوع «تعريب التعليم الطبي» حديث هَوَى أو عاطفة، ولكنه أصبح علامة واضحة ترمز ـ في غير لبس ولا ابهام ـ إلى أن الأمة العربية قد استردت قوتها وعزيمتها بعد ضعف وضياع. . كما لم يعد موضوع تعريب التعليم الطبي مجرد شارة تشير إلى تمسك حضاري لأمة بلغتها القومية، ولكنه إبطال لحالة شاذة، وتعديل المسار من الخطأ الذي أوقعها فيه الاستعمار البغيض، إلى المسار الطبيعي الذي يجب أن ينطلق منه المارد العلمي العربي بعد طول سبات.

والكتاب الذي بين أيدينا الآن هو محاولة ناجحة إلى تغيير الدفة إلى المسار الطبيعي السوي السليم، وإلى مساهمة «المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية» في ما قد أسس أساساً من أجله، وهو «الحث على تعريب بعض أمهات الكتب الطبية الأجنبية وخاصة الدراسية منها» . . وهو في الحقيقة يمثل رغبة عارمة في المجتمع العربي، بجميع أفراده ومختلف هيئاته التربوية والتعليمية والثقافية، في أن يبني ثقافته الخاصة ويسترد هويته القومية الكاملة بلغته

«العربية» التي هي أعظم مقومات هذه الثقافة وتلك الهوية.

ولكن لابد لي من تعليق على هذا الكتاب.. فبالرغم من أننا قد لا نستطيع ـ الآن ـ أن ننهض فكريا وثقافيا إلا بترجمة أمهات الكتب الأجنبية (ولماذا لا نفعل وقد كان لأسلافنا فضل كبير في ترجمة ما لم يكن عندهم من العلوم والفنون والمعارف.. ولقد نهضت الترجمة على أيدي المأمون لأنه كان يعرف أنها الوسيلة ذات الأهمية الأولى لنمو الفكر العربي وتقدمه وتطوره إلى الأفضل)... أقول إنه بالرغم من أن للترجمة دورها ـ على الأقل في ظروفنا الراهنة ـ فإن المجال مفتوح أمام علمائنا وأطبائنا إلى أن يؤلفوا في هذا الفرع بالذات (النفس وأمراضها وعلاجها) للاختلاف البَيِّن بين ما في الشرق والغرب من مفاهيم ومعتقدات وأنماط حياة...

وفق الله علماءنا وأطباءنا إلى ترجمة ما يستحق الترجمة، وإلى التأليف فيما يستوجب التأليف، وهم على ذلك بعون الله قادرون ورافعون رؤسنا إلى عنان السماء.

وفق الله مسيرة التعريب، وأمد كل من يساهم فيها بعون من عنده... ﴿ان الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم﴾... صدق الله العظيم.

الدكتور عبدالرحمن العوضي

تصـــدير

إن تحقيق هدف منظمة الصحة العـالمية المعلن: «الصحـة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠» يتطلب أن يكون تحت تصرف الأطباء عدد معين من المواد النفسانيـة التأثير (Psychoactive). ونـظرا لأن استعمال هـذه المواد واسـع الانتشار، فينبغي اتخاذ خطوات معينة لضمان استعمالها بأرشد الـطرق الممكنة. وتخضـع بعض هذه المواد النفسانية التأثير للمراقبة الدولية، ولذلك فإن دور منظمة الصحة العالمية في التوصية بضرورة مـراقبة تلك المـواد على هـذا النحو يتـطلب تطويـر طرقٍ لتقييم الأذى الذي يسببه استعمال هذه الأدوية وفائدتها العلاجية على حد سـواء. كما أن منظمة الصحة العالميـة مسئولـة عن فحص وتحليل هـذه المعلومات بحيث تتمكن لجنة الخبراء حول الاعتماد على الأدوية التـابعة لمـنظمة الصحـة العالميـة من وضع التوصيات الخاصة بالمراقبة على أساس نسبة الفـائدة / الخـطورة (Benefit - Risk Ratio) لأي دواء.

وقـد قامت منـظمة الصحـة العالميـة بنشر إرشادات بشـأن مراقبـة الأدوية المنومة والمواد النفسانية التأثير في سياق المعاهدات الدولية. وهـذه الإرشادات من شأنها أن تساعد الدول على تحمل مسئولياتها وفقا للمعاهدات.

كما أن منظمة الصحة العالمية وضعت الأساس لطرق جـديدة لتقييم المـواد النفسانية التأثير بالاشتراك مع عدد من المنظمات التي توفر لمنظمـة الصحة العـالمية المعطيات اللازمة لهذا الغرض. وتلعب صناعة الدواء دوراً هاما في إعداد الوثائق عن الخلفية والتي يتم توزيعها على لجنة الخبراء التـابعة لمـنظمة الصحـة العالميـة، وإنه لعلى أساس هذه الوثائق يتم إتخـاذ القرارات. ومنـذ أن بدأ العمـل باتفـاقية ١٩٧١ في عام ١٩٧٦، قامت منظمة الصحة العالمية بمراجعة مجموعات كثيرة من

الأدوية، وقد قبلت لجنة الأمم المتحدة للأدوية المنومة توصيات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالبنزوديازيبينات، والمسكنات الأفيونية الشادية والتضادية (Opioid Agonist and Antagonist Analgesics)، والأدوية الشبيهة بالأمفتامين (Amphetamine - Like). كما تم اختيار عددٍ من مجموعات أخرى من الأدوية لمراجعتها في المستقبل.

وقد اعترفت منظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى تقييم نسبة الفائدة ـ الخطورة (Benefit - Risk Ratio) للمواد النفسانية التأثير التي يحتمل أن تسبب الاعتماد (Dependence)، بأهمية تشجيع أعضاء مهنة الطب على وصف تلك الأدوية بطريقة رشيدة. وهذا يتطلب تدريب الأطباء في هذا المجال تدريبا مناسبا، وهو ما يعتمد بدوره على التعاون بين الهيئات الوطنية، وكليات الطب والمؤسسات الأخرى ذات الصلة، والمنظمات المهنية وأولئك المشتركين في تصنيع وبيع هذه الأدوية.

وقام المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية بدراسة هذا الموضوع وطلب من المنظمة المزيد من تقصي هذه الأمور. وقد تم تطوير هذا الكتاب من المناقشات التي دارت في اجتماع دعت إليه منظمة الصحة العالمية حول تدريب المهنيين بالرعاية الصحية على الوصف الرشيد، وتم انعقاده في موسكو من الثامن إلى الثالث عشر من أكتوبر ١٩٨٤ بالتعاون مع السلطات السوفييتية. ويرجى أن يكون ذا عون لجميع المعنيين بالمشكلة.

ت. لامبو
نائب المدير العام
منظمة الصحة العالمية

شكـر

يشكر رئيسا التحرير مساهمات عدد من الأفراد الـذين جعلوا إصدار هـذا الكتاب ممكنا. فقد جاءت الفكرة الأساسيـة لعقد اجتـماع بشأن تـدريب المهنيين بالرعـاية الصحيـة على الـوصف الرشيـد والكتاب القـائم على هـذا الاجتماع من د. نورمان سارتور يوس، رئيس قسم منظمة الصحة العالمية للصحة العقلية. كما أسهم كل من د. أندرو هركسهـايمر من المنظمـة الدوليـة لاتحادات المستهلكـين، ود. ريتشارد أرنولد من الاتحاد الدولي لجمعيات منتجي الأدوية، ود. أيفا تـونج من المجلس الـدولي للكحول والإدمـان ود. كن إدمـونـدسـون من سكـرتـاريـة الكومنولث مساهمة هامة في التخطيط للاجتماع.

كـما يتوجـه رئيسا التحـرير أيضـا بالشكـر لكل من أسهم في هـذا الكتاب (أنـظر القائمـة ص «ك»). كما نود أن نشكـر أيضـا الـدكتـور ج.ج. جيلبرت، والدكتور ج.ف. داني والدكتور ب. برودون جاكوبو فيتش عـلى إطلاعهم عـلى النسخة المخطوطة باليد وعلى مساعدتهم البناءة.

وبالرغم من أن بعض المشاركين لم يكونوا مرتبطين على نحو مباشر بإعـداد النص، إلا أن مسـاهماتهم في محتـوى الكتاب ككـل كانت ذات أهميـة كبيرة وقـد استفاد المؤلفون ورئيسا التحرير من اقتراحاتهم ونصحهم.

ولم يكن الاجتـماع لينعقد لـولا الـدعم الصـادق لصنـدوق الأمم المتحـدة لمكافحة سوء استعمال الأدوية وتعاون السلطات السوفييتية.

قائمة المشاركين

الفصل ١	ع. قدس	وحدة علاج الاعتماد على الأدوية وأبحاث الكحول من كلية طب مستشفى سان جورج، لندن، انجلترا.
	ع. خان	قسم الصحة العقلية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.
الفصل ٢	ج. ماركس	كلية جيرتون، كمبريدج، انجلترا.
الفصل ٣	أ. هيمينكي	قسم الصحة العامة، تامبيري، فنلندة.
الفصل ٤	أ. سيناي	قسم الطب النفسي، جامعة شيكاغو، شيكاغو، إيلليني، الولايات المتحدة الأمريكية.
	ك. شوستر	مركز أبحاث الاعتماد على الأدوية، قسم الطب النفسي، جامعة شيكاغو، شيكاغو، إيلليني، الولايات المتحدة الأمريكية.
الفصل ٥	ع. قدس	وحدة علاج الاعتماد على الأدوية وأبحاث الكحول، كلية طب مستشفى سان جورج، لندن، انجلترا.
الفصل ٦	ج. جالاغير	قسم تنمية القوى العاملة بالصحة، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.
الفصل ٧	ع. قدس	وحدة علاج الاعتماد على الأدوية وأبحاث الكحول، كلية طب مستشفى سان جورج، لندن، انجلترا.

ك. إدموندسون قسم العلاجيات، قسم الكومنولث للصحة، كانبرا، استراليا.

أ. خان عميد كلية طب أيوب، أبوت أباد، باكستان.

ج. ماركس كلية جيرتون، كمبريدج، انجلترا.

ب. ركسيد المجلس الدولي لمراقبة المخدرات، أوسلو، النرويج.

أ. آسلاند المجلس الدولي للكحول والإدمان.

أ. هركسهايمر قسم علم الأدوية السريري، كلية طب مستشفى تشارينج كروس ووستمنستر، لندن، انجلترا (المنظمة الدولية لاتحادات المستهلكين).

ب. ميد خدمات التسويق المهنية، هوفمان لاروش، ناتلي، نيوجيرسي، الولايات المتحدة الأمريكية (الاتحاد الدولي لجمعيات منتجي الأدوية).

الفصل ٨ ك. إدموندسون قسم العلاجيات، قسم الكومنولث للصحة، كانبرا، استراليا.

الفصل ٩ ب. إيمافو الخدمات الصيدلية، وزارة الصحة الفيدرالية، لاجوس، نيجيريا.

أ. زانيني السكرتارية الوطنية للمراقبة الصحية، وزارة الصحة، برازيليا، البرازيل.

م. بلانت قسم الطب النفسي الجامعي، مستشفى أدنبرة الملكي، أدنبرة، اسكتلندة.

الفصل ١٠ م. جرانت قسم الصحة العقلية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

* * *

الفصل الأول
المقدمة

بالرغم من توفر طرق حيوية لعلاج الأمراض العقلية قبل الحرب العالمية الثانية (البرداء malaria) لشلل العام في ١٩١٧ ؛ التخدير المستمر للذهان الوظيفي (Functional psychosis) في ١٩٢٢ ؛ صدمة الأنسولين للفصام (schizophrenia) في ١٩٣٣) إلا أنه لم تتوفر أدوية نفسانية التأثير (psychoactive) فعالة ومأمونة قبل أوائل الخمسينات. وقد انخفض عدد مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات العقلية بشكل ملحوظ كنيتجة لإدخال الكلوربرومازين والريزربين. وعلى الرغم من زيادة معدلات دخول المستشفيات فقد انخفضت مدد الإقامة. كما أن هناك حاليا تأكيد بدرجة أكبر بكثير على الرعاية في المجتمع. إن أهمية مضادات الاكتئاب (anxiolytics) في علاج الأمراض الاكتئابية الحادة موثقة بشكل جيد. غير أن التقدم الذي تم إحرازه، لا يجب النظر إليه، فقط في إطار عدد مرضى المستشفيات والمكاسب الاقتصادية لعلاج المرضى الخارجيين (out-patients). فالحد الحقيقي من المعاناة الإنسانية في حد ذاته، لكل من المرضى وأسرهم، لا يجب أبدا أن يُنسى. وفضلا عن ذلك، فإن القدرة على علاج مرضى الذهان (المجانين) داخل المجتمع قد أزال كثيرا من عار المرض العقلي وحد من خوف الناس منه.

وقد كان الكلوربرومازين والريزربين، بطبيعة الحال، مجرد بداية ثورة المعالجة الدوائية في الطب النفساني. ومنذ ذلك الحين، تم إدخال مجموعة كاملة من الأدوية النفسانية التأثير (psychoactive)، تشمل على سبيل المثال، مزيلات القلق (anxyolytics) (المهدئات البسيطة)، المنومات (hypnotics) ومضادات

الاكتئـاب (antidepressants) وهذه هي التي تحتـل مركـز القلق الحالي إزاء تـزايد استعمال تلك الأدوية والذي يبلغ حد الإفراط.

وحتى يتسنى مناقشة مسائل استعمال، سوء استعمال، وسرف استعمال هـذه الأدوية، فمن الضرورة بمكان تعريف المصطلحات المستخدمة. وصعوبـة تعريف « سـوء الاستعـمال » (abuse) و « سرف الاستعـمال » (misuse) سوف تنـاقش فيـما بعـد (انظر الفصـل الثاني)؛ وفيـما يختص بـالمـواد نفسهـا، فقـد تم دراسـة هـذه المشكلة باستفاضـة من قبل كـل من منظمـة الصحة العـالمية ولجنـة الأمم المتحدة لـلأدوية المنـوّمة وتم الأخـذ بتعـريفـاتهـا هنـا. والمصـطلح «نفسـانيـة التـأثـير» (psychoactive) يشمل جميع المواد التي تؤثّر عـلى العقل. وهـو يستعمل عـلى نحو شائع بالترادف مع « نفسانية التوجيه » (psychotropic)، ولكن « نفسانية التأثير » (psychoactive) مصطلح يشمل مجموعة المـواد كاملة، بينـما «نفسانيـة التوجيـه» (psychotropic) مصطلح يغطي فقط المواد التي تؤثّر على العمليات العقلية ويمكن أن تؤدي إلى الاعتماد وهي مدرجة في قائمة ضمن اتفاقية ١٩٧١ للمواد النفسانية التوجيه. وفي هذا الكتاب، يُقصد بمصطلح « نفسـانية التـأثير » المـواد النفسانيـة التأثير الموصوفة (وليس عقار الهلوسة (LSD)، الحشيش (cannabis)، إلخ).

وربمـا يكون من المهم محـاولة تحليـل السبب وراء إثارة الإستعـمال المتزايـد لـلأدوية النفسـانية التـأثير لهـذا القدر الكبـير من القلق، في حين أن زيـادة عـدد وصفات الأدوية غير النفسانية التأثير نادرا ما يحدث مثل ردود الفعل القوية هذه. والفرق في الاستجابة يرجع جزئيا إلى أن الأدوية النفسانية التأثير تُستعمل غالبـا، ليس لتحقيق الشفاء، ولكن لإتاحة تفريج الأعراض فقط. غـير أن هذا لا يمكن أن يكون الإجابة كاملة، نظرا لأن العلاج الأعـراضي (symptomatic) قد تـرسخ جيدا في الممارسة الطبية ولا يمثل عادة سببا للقلق.

وتـوجد في جـذور مشكلة استعمال الأدويـة النفسـانيـة التـأثـير حقيقـة أن الأعـراض التي تـوصف من أجلهـا هـذه الأدويـة، مثـل الأرق (insomnia)، الاكتئـاب (depression) القلق (anxiety)، وعـدم القـدرة عـلى التعـامـل مـع

المشاكل، غالبا ما تكون أعراضا لمشاكل شخصية، أو بيشخصية (interpersonal)، أو إجتماعية، أكثر منها أعراضا لحالات طبية معترف بها. ومن ثم، فإن مهنة الطب تجد أنها تقدم استجابة دوائية لمشاكل غير طبية، وهو وضع له تأثيرات ضمنية عميقة بالنسبة للمجتمع ككل. إن عدم الارتياح العميق بشأن هذا الوضع، مقترناً بإدراك أن الأدوية التي يتم وصفها بمثل هذه الكميات الكبيرة يمكن أن يُساء استعمالها وأن تؤدي إلى الاعتياد، هو السبب وراء القلق بشأن العدد الكبير من وصفات الأدوية النفسانية التأثير.

ومن الصعب تقدير مدى سوء استعمال الأدوية النفسانية التأثير في جميع أنحاء العالم، غير أنه تم تحديد قدرٍ من سوء الاستعمال في ٨٨ دولة في مختلف مناطق العالم. وقد تم إلقاء الضوء على الطبيعة المستفحلة للمشكلة في مؤتمر وزراء الصحة عن سرف استعمال الأدوية المنومة والنفسانية التأثير الذي انعقد في لندن في مارس ١٩٨٦[١]. غير أن استعمال وسوء استعمال الأدوية النفسانية التوجيه لا ينبغي النظر إليه بشكل منفرد.[٢] فالمنومات (hypnotics) والمهدئات (tranquillizers) ومضادات الاكتئاب (antidepressants) ليست إلا جزءا من مجموعة كاملة من مواد نفسانية التأثير، تشمل ليس فقط الهيروين والكوكايين، الخ، ولكن أيضا أدوية طبية واستجمامية (recreational) متوفرة بدون وصفة طبية. إن مكافحة الأدوية المحظورة هي مهمة الهيئات المنفذة للقانون، مثل الشرطة والجمارك، أما مسئولية الرقابة على توفر اثنين من أهم العقاقير الاستجمامية، الدخان والكحول، فمن الواضح أنها بأيدي الحكومات. وبالمقابل، فإن الرقابة على توفر الأدوية النفسانية التأثير الموصوفة هي بدون شك مسئولية مهنة الطب التي تقوم بوصفها؛ والمشاكل المصاحبة لسوء استعمال هذه الأدوية يمكن اعتبارها بالتالي علاجية المنشأ (iatrogenic). وأي محاولات للرقابة

---

(١) منظمة الصحة العالمية، تقرير المدير العام عن سوء استعمال المواد المنومة النفسانية التوجيه. وثيقة غير منشورة A 39 / 10 Add. 1 (1976)

(٢) اتفاقية المواد النفسانية التوجيه ١٩٧١، فيينا، ٢١ فبراير ١٩٧١. وثيقة غير منشورة E/Conf. 58/6, New York, U.N. (1977).

على توفر الأدوية النفسانية التأثير والحد من حدوث المشاكل المصاحبة لها يجب أن تتركز بالتالي على مهنة الطب.

إن هذه المشاكل والقلق الذي تسببه ليست بجديدة. فعلى سبيل المثال، تم الإعراب عن قلق شديد في الخمسينات والستينات إزاء سرف استعمال وسوء استعمال مجموعة كبيرة من المواد النفسانية التأثير. وفي عام ١٩٥٦، لفتت لجنة الأمم المتحدة للأدوية المنومة الانتباه إلى سوء استعمال الأمفتامينات، وفي عام ١٩٦٥، أصدرت منظمة الصحة العالمية تحذيرا فيما يتعلق بسرف استعمال المركنات (sedatives) وقام عدد من الدول بسن القوانين التي حد من فعاليتها عدم وجود ضوابط دولية؛ ونتيجة لذلك، تم في ١٩٧١ إقرار اتفاقية المواد النفسانية التوجيه في مؤتمر فيينا، الذي مُثِّلت فيه ٧١ دولة.

وتتولى الإتفاقية الرقابة على ٩٨ مادة نفسانية التوجيه، تم إدراجها في أحد أربعة جداول. وأدوية الجدول ١ هي الأدوية المراقبة بأقصى درجة من الصرامة (واستعمال تلك الأدوية حتى للأغراض المعملية يتطلب إذنا من الحكومة المعنية)، أما أدوية الجدول ٤ فهي الأدوية التي تتم مراقبتها بأقل درجة من الصرامة. ويتوقف قرار إخضاع دواء ما للمراقبة بمقتضى اتفاقية ١٩٧١، أولا، على إمكانية تسبيبه للاعتماد واحتمال سوء استعماله، ثانيا، على المشاكل الاجتماعية والصحية العامة التي قد تنشأ نتيجة لسوء الاستعمال هذا، وثالثا، على فائدته العلاجية.

والفائدة العلاجية للأدوية النفسانية التأثير هي التي يمكن إغفالها بسهولة عندما يتولد القلق إزاء فرط استعمالها. بيد أن التقييم العلمي لدواء ما لا يجب أن يتأثر بالمواقف أو تقديرات القيم ، وينبغي تطبيق نفس الاختبارات والمعايير الصارمة على كل من الأدوية النفسانية التأثير وغير النفسانية التأثير. فعلى سبيل المثال، تتوقف فائدة أي دواء على فعاليته العلاجية (therapeutic efficacy) بالجرعة ومدة العلاج المثاليين. إن وصف الجرعات المثلى أمر على درجة كبيرة من الأهمية، فإذا تعاطى كثير من المرضى جرعة صغيرة جدا أو كبيرة جدا، حينئذ لا

تكون هناك فائدة لنسبة عالية من الدواء الموصوف، وبالمقابل، إذا تعاطى معظم المرضى الجرعة الصحيحة من دواء ما أثبتت فعاليتها، فالكمية الكلية التي تم وصفها، حتى وإن كانت كبيرة، سوف تستعمل للغرض المنشود. وفي هذا السياق، فإن ظهور التحمل لدواء ما قد يعني أن الجرعة الموصوفة لم تعد فعالة وأن استمرار وصف الدواء بهذه الجرعة يفيد بقدر ضئيل أو لا يفيد.

وبالتالي، فيجب أن يكون الهدف بالنسبة للأدوية النفسانية التأثير، مثلها مثل الأدوية غير النفسانية التأثير، هو ضمان أن يتم وصفها فقط للحالة أو الحالات التي ثبتت فعاليتها فيها، وليس لأي من الحالات الأخرى، وبالجرعة الصحيحة ولفترة زمنية صحيحة. وتحقيق هذا الهدف، إلا هو الوصف الرشيد (rational prescribing) للمواد النفسانية التأثير، يتطلب برنامجا لتدريب الأطباء في المقام الأول وكذلك أيضا العاملين الصحيين الآخرين.

وفي السنوات الأخيرة، كرّست منظمة الصحة العالمية قدرا كبيرا من الجهد لأعلان الأخطار المصاحبة لاستعمال الأدوية النفسانية التأثير والفوائد التي تنجم عن استعمالها على حد سواء. وبشكل خاص، فقد تم تنظيم اجتماع في موسكو في أكتوبر ١٩٨٤، بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة لمكافحة سوء استعمال الدواء والسلطات السوفييتية بهدف:

- تحديد أوجه القصور في برامج التدريب القائمة بشأن الاستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير ودراسة مختلف الطرق التعليمية التي قد تكون ذات فائدة في القضاء على الاستعمال المفرط لهذه الأدوية؛
- البحث في أية تدابير أخرى، بخلاف التعليم، يمكن أن تساعد على ضمان الاستعمال الرشيد للأدوية؛
- مناقشة الدور الذي يمكن أن تلعبه المؤسسات التعليمية الطبية المختلفة، الجمعيات الطبية وغيرها من الجمعيات المهنية، صناعة الدواء، الهيئات الحكومية، المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية في تلك البرامج التعليمية، والطريقة التي يمكن إقناعها بها للتعاون في هذه المهمة؛

● مناقشة وتشجيع التعاون في هذا المجال بين مختلف الأطراف المهتمة، وخصوصا المنظمات غير الحكومية.

ومنذ البداية، أتفق في الاجتماع على فهم مصطلح « تدريب » (training) بأوسع معانيه، فتحسين وصف الأدوية النفسانية التأثير لن يتحقق بمجرد إدخال بضع محاضرات عن الموضوع ضمن التدريب الطبي ما قبل التخرج وتقديم مقررات مذكرة بعد التخرج. فقد تم إدراك أن هناك عوامل كثيرة تؤثر على وصف الدواء وإن هناك طرقا تدريبية كثيرة ممكنة.

والجزء الأول من هذا الكتاب يتناول خلفية المشاكل المصاحبة لاستعمال الأدوية النفسانية التأثير. وقد تم استعراض مجال مثل هذا الاستعمال كاملا وتقديم طرق مختلفة لتقدير مستوى الاستعمال، كما تم وصف أنماط الاستعمال غير السليم وتحديد المشاكل الخاصة للدول النامية. وتم التأكيد كذلك على الفعالية والفائدة العلاجية لهذه الأدوية. وهذا من شأنه أن يساعد على الإشارة إلى أن هدف هذا الكتاب ليس مجرد إبراز أخطار استعمال الأدوية النفسانية التأثير والاشتراك في حملة بغير هدى بغية الحد من هذا الاستعمال، ولكن بالأحرى تحسين الطريقة التي يتم بها وصف هذه الأدوية. وبهذا يمكن إتاحة تأثيراتها المفيدة لجميع من يحتاج إليها وبدون زيادة في الوقت نفسه في إعداد الأشخاص المعتمدين عليها أو الذين يستهلكون كميات مفرطة منها.

والخلفية الإقتصادية لوصف الأدوية النفسانية التأثير هامة كذلك. فشركات الأدوية متعددة الجنسية ضخمة ومحققة لربح كبير على السواء، وهي تسهم مساهمة جوهرية في اقتصاد الدول (الغنية في الدرجة الأولى) التي تقوم فيها. وفي هذه الدول، ينتظر أيضا أن يكون تأثير هذه الشركات على السياسة الدوائية ضخما. أما الدول النامية، من ناحية ثانية، فهي لا تجني المكاسب المالية لإنتاج الدواء حيث أنها تستورد الجزء الأكبر من احتياجاتها من الأدوية. ونظرا لأن هذهالدول تعمل بميزانيات محدودة، فإنها ترحب بتوفر أدوية نفسانية التأثير رخيصة الثمن نسبيا وفعالة بالنسبة للتكلفة (cost-effective) غير أنه إذا كان

رخص الثمن النسبي لهـذه الأدوية سببـا يحث على وصفهـا على نحـو غير سليم، فلن تكـون هنـاك فقط زيـادة بـدون داع في المـراضـة (morbidity)المصـاحبـة لاستعمالها، بل سوف تتحول أيضا الاعتـمادات الماليـة إليها من أولـويات صحيـة أكثر إلحاحا.

وبالنظر لأن هـذه الأدوية متـاحة (أو يجب أن تتـاح) فقط بموجب وصفـة طبية من طبيب، فإن فعـل وصفها في حـد ذاته ذو أهميـة كبيرة في تحقيق تحسن في الـطريقـة التي يتم استعـمالهـا بهـا. ومن ثم، فـإن الـوصف (prescribing) هـو موضوع الجزء الثاني من هـذا الكتاب الـذي يتم فيه استكشـاف العوامـل الكثيرة المؤثرة فيه. وتشمل هذه العوامل الخبرات التعليمية الفردية الخاصة بالطبيب؛ مـا قبل التخرج وما بعد التخرج على حد سواء، الأنشطة المتنوعة لشركات الأدويـة، والخصائص الشخصية الخاصة بالطبيب، كما أن المريض نفسه يمكن أن يؤثّر عـلى قرار الطبيب، الذي قد يتـأثّر كـذلك بـالمهنيين الصحيـين الآخرين وهلم جـرا. فكـل هذه العـوامل غـيرواضحة المعـالم والمتداخلة غـالبـا من شـأنها أن تؤثـر عـلى القرارات البالغة الأهمية التي يتعينّ على الطبيب اتخاذها: لمن يصف الدواء، مـاذا يصف، أي كمية ولأية مدة.

وفي ضوء المعلومات عن المؤثّرات المتنوعة التي يتعرض لها الأطباء، دون أن يكونوا مدركين لها في أغلب الأحيان (وربمـا عادة) يبـين الفصل الخـاص بمبادىء الوصف الرشيد (rational prescribing) الطريق إلى الأمام. فهو يقدم إرشادات واضحـة على أسـاس مدخـل علمي لوصف الأدويـة النفسانيـة التأثـير، مـذكّـرا الـطبيب بأن نفس المعـايير تنـطبق على وصف هـذه الأدوية مثلهـا مثل أي أدويـة أخرى. على سبيـل المثال، ضرورة تحـديد الحـالة أو العـرض المطلوب عـلاجه، ضرورة تحـديد المـرضى المعرضـين لخـطر التـأثـيرات الجـانبيـة، ضرورة منـاظـرة التأثيرات الجانبية، وهلم جرا. وجميع هذهالقرارات والملاحظات تتم بطريقة آلية بالنسبة لوصفات الأدوية غير النفسانية التأثير، ولكن عندما يتعلق الأمـر بالأدويـة النفسانية التأثير فقد لا يتبع المـدخل السريـري (clinical approach) المعتاد، ربمـا لأنه قد يبـدو أقل مـلائمة عنـد التعامـل مع المشـاكل الشخصيـة ، والبيشخصية

(Interpersonal)، والاجتماعية المستبطنة لأعراض المريض. ومن ثم، فإن هذا الفصل يقدم تذكرة بالممارسة السريرية الجيدة (good clinical practice) في الوقت المناسب.

واستمرارا في مناقشة الناحية العملية، يؤكد الفصل الخاص بالبدائل لوصف الأدوية النفسانية التأثير على أنه إذا كان لا بد من الحد من الاستعمال غير السليم لتلك الأدوية، فيجب أن يكون لدى الطبيب بدائل يقدمها للمريض. وكروب الحياة (life stresses) التي تسبب أعراض المريض لا يُنتظر أن تزول في أغلب الأحيان، ونادرا ما يتمكن الطبيب من التعامل معها. وحتى إذا ما اعتبر الحل الدوائي غير مناسب، فإنه من الصعب على الطبيب أن يمتنع عن التفريج الأعراضي (symptomatic relief) ولا يقدم أي شيء آخر عندما يواجه مريضا يعاني، على سبيل المثال، من الأرق (insomnia)، أو القلق (anxiety) أو الاكتئاب (depression). غير أن هناك مجموعة متنوعة من الطرق الأخرى المتاحة، منها المعالجة السلوكية (behaviour therapy)، والمعالجة النفسية (psychotherapy) والمشاورة (counselling) ألخ. وبعض هذه الطرق تبدو تقنية وصعبة، ولكنها، في حقيقة الأمر، غالبا ما تكون جزءا من العلاقة العلاجية الكاملة بين الطبيب والمريض. وأحدى الميزات الهائلة لاستخدام هذه الطرق تتمثل في إمكانية تدريب مهنيين غير الأطباء على استخدامها. غير أن ما يفوق ذلك أهمية، هو أن المريض يحتفظ بمسئوليته عن حياته الخاصة ويتجنب وسمه «كعليل» أو كمريض؛ وقد يكون هذا في حد ذاته ذا أهمية في منع سوء استعمال الأدوية في المستقبل.

وفي ضوء الفهم المتزايد والذي تحقق هكذا بشأن وصف الأدوية النفسانية التأثير، وكيف يجب أن يتم، يتناول الجزء الثالث من الكتاب مشكلة كيفية تدريب المهنيين بالرعاية الصحية ولاسيما الأطباء من أجل تحسين ممارساتهم الوصفية.

وينبغي أن يبدأ هذا في التعليم الرسمي ما قبل التخرج، حيث يتم استكشاف وتحديد مواطن الضعف في النظام القائم، ذلك لأنها هي التي تؤدي في

نهاية الأمر إلى الوصف غير السليم للأدوية النفسانية التأثير. فاستعمال الأدوية النفسانية التأثير وعواقب سوء استعمالها يجب أن تدرس في كليات الطب وأن تلقى الاهتمام الجدير بحالة يمكن أن تسبب مشاكل صحية عامة واجتماعية واسعة الانتشار. ولكن، وكما تمت الإشارة إليه سابقا، فإن التدريب ما قبل التخرج ليس إلا نقطة البداية. فالطبيب الممارس لا يجب فقط أن يلاحق التطور في الأدوية الجديدة والعلاج، ولكنه يتعرض أيضا لمجموعة متنوعة من المؤثرات. ومن الواضح أن التعليم المستمر ضروري وينبغي أن تشارك فيه جميع المؤسسات والمنظمات التي بإمكانها تدريب الطبيب والتأثير عليه بحيث يمارس هذا التأثير في اتجاه الاستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير.

وهناك مجموعة من المنظمات المهنية تشارك في التدريب الطبي المستمر، وخصوصا بالنسبة لأطباء الرعاية الأولية وتتخذ مشاركتها صورا مختلفة مثل الحلقات الدراسية، والمؤتمرات، والمقالات في المجلات، إلخ، والأهم من ذلك، ربما كان دورها المركزي في ارتباطها المتبادل مع غيرها من الهيئات، مثل صناعة الدواء والحكومة. والمنظمات المهنية عادة ما تكون محل احترام كبير وهي تتمتع بتأثير ضخم على الأطباء، والجمهور والمؤسسات الأخرى. وبالتالي فإن الجهود ذات النطاق الواسع بغية تحسين الوصف الرشيد ينبغي أن تشمل هذه المنظمات، ليس فقط بسبب قدرتها على تقديم هذا التدريب ولكن أيضا نظرا لأنه بدون تأثيرها، سوف تفتقر أي من هذه الجهود إلى المصداقية.

وغالبا ما يكون هناك تجاهلا لدور شركات الأدوية في التدريب، اعتقادا بأن أي شيء تقوم به هذه الشركات بما في ذلك تمويل الاجتماعات الرسمية إنما يهدف إلى زيادة مبيعات منتجاتها. ومن ثم فإنه يمكن فهم تأثيرها على نحو معاكس لهدف الوصف الرشيد، غير أنه لا يمكن تجاهل دورها في الأبحاث ونشر المعلومات، وأيضا، على المدى الطويل، سوف يكون وصف الأدوية النفسانية التأثير على النحو الأمثل في صالحها إلى أبعد حد. ولا ريب أن أفضل طريقة للإستفادة من مهارات هذه الشركات ومواردها، دعوتها إلى المشاركة في البرامج على جميع المستويات. فالتعاون بين صناعة الدواء والهيئات الأخرى المهتمة من

المحتمل أن يكون أكثر إثمارا في تحقيق الوصف الرشيد من الارتياب والمواجهة.

وفي النهاية، بطبيعة الحال، فإن الجمهور، هو كمرضى، الذي يستهلك الأدوية النفسانية التأثير، وتوقعات هؤلاء المرضى وضغوطهم يمكن أن تؤثر على قرار الطبيب بوصفها أو عدم وصفها. ومصالح المرضى تمثلها منظمات المستهلكين التي، وإن كانت لا تتحمل مسئولية مباشرة بالنسبة لتدريب المهنيين الصحيين، تعتبر أهلا للمساهمة فيه وذلك بتقديم المعلومات النوعية حول جميع المجموعات الدوائية بما فيها الأدوية النفسانية التأثير.

والمنظمات غير الحكومية الأخرى، التي تمثل في أغلب الأحيان مصالح معينة، قد يكون لها تأثير كبير أيضا؛ فبعضها مجموعات عون ذاتي في المقام الأول، يمكنها أن تلعب دورا ذاَ شأن في تخطيط السياسة ونشر المعلومات بين المهنيين. وتلعب الحكومات كذلك دورا هاما، استنادا إلى حقيقة أنه تراقب توافر الأدوية؛ فهناك الكثير من الفرص لزيادة المعرفة حول الأدوية النفسانية التأثير في كل مرحلة من مراحل عملية المراقبة هذه. ونظرا لأن الأدوية النفسانية التأثير تستعمل في جميع أنحاء العالم وتخضع للمراقبة بمقتضى الاتفاقيات الدولية، فإن المنظمات الدولية، وخصوصا منظمة الصحة العالمية، يمكن أن تسهم مساهمة ذات شأن.

ومن الواضح أن العنصر الأساسي لعملية التدريب هو المعلومات. وهذه يمكن جمعها من مجموعة متنوعة من المصادر ونشرها بطرق عديدة. ومن الأهمية بمكان ضمان أن يكون المحتوى والطريقة المستخدمة لنشر المعلومات مناسبين للجمهور المستهدف. ويعد تقييم التدريب لهذا السبب أمرا أساسيا بحيث يمكن تطوير أساس متين للجهود المستقبلية. فعلى سبيل المثال، من الضروري تحديد أي مواد المعلومات وأي طرق نشرها يكون فعالا في تحقيق الوصف الرشيد للأدوية النفسانية التأثير.

وهكذا سوف يكون هناك إدراك لاتساع مجال مناقشات اجتماع موسكو واستكشاف كل مدخل ممكن للتعليم. فقد كان المشاركون منتمين إلى مجموعة

متنوعة من التخصصات وقد أتوا من جميع أنحاء العالم. وأدى هذا التنوع في الخلفية والخبرة إلى إثراء المناقشة في الاجتماع وأسهم إسهاما لا يقدر بثمن في نوعية وفائدة هذا الكتاب. وعلى الرغم من أن الفصول المختلفة كان يتولى مسئوليتها مؤلفون معينون، إلا أنهم استفادوا من تعليقات، واقتراحات وآراء المجموعة ككل. وهذا الكتاب ما هو إلا ملخصا للمناقشات والاستنتاجات التي تم التوصل إليها.

وفي حين أن الهدف النهائي لهذا الكتاب هو توصيل بعض الأفكار التي تم تناولها عاليه إلى المهنيين الصحيين بجميع أنواعهم، إلا أنه موجه للأطباء، على الرغم من أن هناك إدراكا بأن مسئولية الرعاية الصحية للمجتمع لها بنيات مختلفة في الدول المختلفة. غير أنه ليس مجرد مجموعة من الأفكار؛ فقد تمخض الاجتماع عن توصيات صارمة ينبغي أن تكون بمثابة إرشادات لصانعي السياسة. ويجب التأكيد هنا على أن مصطلح «صانعي السياسة»(policy makers)، كما هو مستخدم هنا، يشمل ليس فقط الهيئات الصحية الحكومية، ولكن أيضا الجامعات، ومعاهد ما بعد التخرج وهيئات أخرى، مثل الصناعة، لكل منها تأثير هام. وقد تم تقديم نسخة من توصيات اجتماع موسكو في الجزء الثاني (II) وهناك قائمة بالمشاركين في الملحق رقم ١.

* * *

الفصل الثاني
الأدوية النفسانية التأثير
الحالة الراهنة

يسود اعتقاد منذ سنوات عديدة بين كل من المجتمعات الطبية والعادية بأن هناك قدراً كبيراً من استعمال الأدوية النفسانية التأثير استعمالاً طبياً غير سليم. وحيث أن هذا الكتاب يُعني بدور التدريب في تجنب مثل هذا الاستعمال، فإنه من المهم بادىء ذي بدء تحديد صورة هذا الاستعمال ومداه.

إن الإستعمال الطبي غير السليم للأدوية النفسانية التأثير يشترك فيه كل من الأطباء والمرضى. فقد يصف الأطباء تلك الأدوية لحالات غير ملائمة، إما بسبب صعوبة التشخيص أو بسبب عدم كفاية تدريبهم، أو قد يصفونها لفترات زمنية غير ملائمة. فهناك ميل في الدول المتقدمة صناعياً إلى استعمال العديد من المواد العلاجية لمدة أطول من المدة اللازمة لتفريج الاضطراب المعني بصورة مستمرة. كما قد يستعمل المرضى أيضا الدواء على نحو غير ملائم، إما عمداً أو لعدم درايتهم، سواء كان الدواء موصوفا لهم أو لغيرهم. إن استعمال الأدوية غير السليم هذا منتشر في كل من الدول المتقدمة صناعيا والدول النامية على حد سواء. ومن ثم، يتخذ الإستعمال غير السليم صورة كل من فرط الاستعمال (Overuse) أو نقص الاستعمال (Underuse)، تبعا للظروف والدولة. وتشير الدلائل، وهي غالبا في صورة إنشائية، إلى أن البيع غير المنظم والاستعمال غير السليم للأدوية ينتشران بصفة خاصة في تلك الدول التي تتوفر فيها الرعاية

الطبية بأقل قدر. وكان هناك اقتراح (ماركس، ١٩٨٧) بضرورة أن يطلق على هذا النوع من الاستعمال غير السليم «سوء الاستعمال» (Misuse) وأن ينطبق «سرف الاستعمال» (Abuse) على استعمال الدواء استعمالا بعيدا عن الممارسة الطبية المقبولة وغير متوافق معها (وهو أساسا تعاطي الأدوية لأغراض استجمامية اجتماعية Sociorecreational).

التصنيف :

نناقش فيما يلي مجموعات الأدوية النفسانية التأثير، التي تستعمل أو كانت تستعمل طبيا (أنظر أيضا الجدول رقم ١).

الأدوية مضادة الذهان (Neuroleptics)

تستعمل هذه الأدوية في المقام الأول لتفريج الحالات الذهانية (Psychoses)، وسياسة «الباب المفتوح» التي يتخذها العديد من المستشفيات حول العالم قد تكون غير ممكنة بدونها، وهي تشمل مجموعة كبيرة ومتنوعة من المواد تتباين من حيث تأثيراتها المركنة والمنبهة النسبية، ودرجة سميتها للأعضاء وبصورة خاصة شدة الخلل الوظيفي خارج الهرمي (Extrapyramidal) الذي يصحب تعاطيها بجرعات علاجية. وبالرغم من أن التأثيرات الجانبية قد تمثل مشكلة عند استعمال مضادات الذهان، ولا سيما مع الاستعمال المزمن طويل المدى، إلا أن أدوية هذه المجموعة العلاجية تكاد تكون خالية تماما من خطر الاعتماد وربما يندر استعمالها على نحو غير ملائم أو يُسرف في استعمالها من جانب المرضى. ويتوفر حاليا العديد من المركبات التي لها تأثيرات جانبية أقل أو أخف من بعض المركبات الأقدم، والأفضل تجنب هذه المجموعة الأخيرة (على سبيل المثال قلوانيات الراولفية Rauwolfia Alkaloids). حتى وإن كانت فعالة علاجياً ورخيصة الثمن. وقد يسبب هذا صعوبات لبعض الدول النامية، حيث تجعل الموارد المحدودة المتاحة للرعاية الصحية من التكلفة عاملا هاما في اختيار الدواء.

ومع ذلك، فهناك شكلان معروفان جيدا من أشكال الإستعمال غير السليم، يتمثل أولهما في اعطاء هذه الأدوية للمساجين السياسيين الذين تم «تشخيص حالتهم» كذهانية. إن مدى استعمال الأدوية على هذا النحو غير معروف ولكنه يبدو واسع الانتشار. والشكل الثاني هو استعمال مضادات الذهان (Neuroleptics) بصورة مفرطة ولا سيما من حيث الجرعة وذلك كوسيلة لكبح المرضى المثيرين للإزعاج في المستشفيات العقلية في الدول النامية التي تعاني من مشاكل العجز في هيئة العاملين بها. وليس من المقصود بهذا أن الكبح الجسدي لم يعد ملائماً وأنه لا يمكن إيجاد بديل أفضل في حالة عدم إمكانية تجنب العجز في هيئات العاملين.

وفي بعض الدول، استعملت جرعات صغيرة من مضادات الذهان التي لها أقل عدد من التأثيرات الجانبية على نطاق واسع لتفريج القلق. وقد أدت حقيقة خلوها واقعيا من خطر الاعتماد إلى تفضيل استعمالها، غير أن معظم الدراسات بيّنت أن فعالية هذه المواد من تفريج القلق لا تضاهي فعالية مزيلات القلق (Anxiolytics) التقليدية (Greenblatt & Shader, 1974).

جدول ١

أصناف الأدوية النفسانية التأثير المستعملة في العلاج، مجموعاتها الكيميائية وأمثلة نموذجية لها

الصنف	المجموعات	أمثلة نموذجية
مضادات الذهان	فينوتيازينات	كلوربرومازين، تيوريدازين
(Neuroleptics)	تيوزانتينات	كلور بروتيكسين
	بوتيروفينونات	هالو بيريدول
	قلوانيات الراولفية	ريزربين
مضادات الاكتئاب	ثلاثيات الحلقة، رباعيات الحلقة	اميبرامين، أميتريبتلين
(Antidepressants)	مثبطات أكسيداز أحادي الأمين	إبرونيازيد
	المشمّقات (Euphoriants) أملاح	أمفتامين
	الليثيوم	كربونات الليثيوم
المركنات المنومة	مختلف المنومات القديمة	البروميدات، هيدرات الكلورال
(Hypnotic	بربيتورات	فينوبربيتون
Sedatives)	المنومات غير البربيتورية	جلونيتيميد، ميتا كوالون
	بنزوديازيبينات	نيترازيبام
مزيلات القلق	فينو تيازينات	تريفلو بيرازين
(Anxiolytics)	بروباندديولات، إلخ	ميروبامات
	بنزوديازيبينات	ديازيبام

مضادات الاكتئاب (Antidepressants)

تشمل هذه مجموعات مختلفة عديدة من المواد الكيميائية (أنظر جدول ١). يعد المرض المسبب للاكتئاب حالة خطيرة تستهلك موارد طبية هائلة، ويمزق حياة المريض الشخصية والعملية، وقد تكون نتيجته الهلاك، وتشير التقديرات إلى أن مالا يقل عن ٥٠٪ من حالات الانتحار كان مرتكبوها يعانون من مرض مسبب للاكتئاب (Depressive Illness) (Leigh et al., 1946). غير أن الخطر أكبر بكثير في حالات الاكتئاب الحاد، فما لا يقل عن ١٥٪ من الذين يعانون من الذهان

الاكتئابي الهوسي (Manic Depressive Psychosis) تكون نهايتهم على أيديهم هم. وهكذا، فبينما تستجيب الحالات البسيطة من الاكتئاب في أغلب الأحوال للتفهم، وحسن المعاملة والمساعدة العملية في التعامل مع العوامل المعجِّلة، فإن هذا غير صحيح بالنسبة لمرضى الاكتئاب الحاد، الذي يتطلب تدخلا طبيا. وتعد المعالجة الكيميائية المضادة للاكتئاب (Antidepressant Chemotherapy) آنذاك هي الاختيار الأول.

توجد أربع مجموعات رئيسية من مضادات الاكتئاب، تشمل الأولى المركبات ثلاثية الحلقة (Tricyclics) ورباعية الحلقة (Tetracyclics) والمواد ذات الصلة. تعمل بعض هذه المركبات كمركنات (Sedatives) بالإضافة إلى تأثيرها المضاد للاكتئاب، ويبدو بعضها غير ذي تأثير فيما يتعلق بالنشاطية (Drive)، بينما يؤدي البعض الآخر إلى زيادة واضحة في نشاطية وطاقة المصابين بالاكتئاب. ولكل مجموعة مكان في علاج الاكتئاب، تبعا للأعراض. وغالبا ما تكون التأثيرات الجانبية للأدوية ثلاثية الحلقة مزعجة خاصة على الجهاز العصبي المستقل (Autonomic Nervous System). وقد تحدث تفاعلات سمية (Toxic Reactions) تؤدي إلى الوفاة. وتشمل المجموعة الثانية مثبِّطات أكسيداز أحادي الأمين (Monamine Oxidase Inhibitors)، والتي لا تعد مجرد بدائل لثلاثيات الحلقة، نظراً لأن الدراسات بينت أنها ذات قيمة في علاج فئة مختلفة من مرضى الاكتئاب. وقد كانت السمية الكبدية (Liver Toxicity) لبعض الأدوية الأقدم في هذه المجموعة وتفاعلاتها مع الأغذية التي تؤدي إلى فرط ضغط الدم (Hypertension) سببا في استعمالها على نطاق أقل اتساعا مما تبرره تأثيراتها العلاجية. والمجموعة الثالثة من مضادات الاكتئاب هي الأمفتامينات والمواد ذات الصلة. تتمتع هذه المجموعة من المواد بداية بفعالية كبيرة في تفريج بعض أنواع الاكتئاب لكن معظم المركبات تسبب التحمل (Tolerance) السريع، والسمية والاعتماد (Dependence) الشديد. ولذلك فإن معظمها لم يعد مستعملا لعلاج الاكتئاب، وإن كانت لم تزل محتفظة بمكانها في علاج التشنج (النوم الأنتيابي، Narcolepsy)، واضطرابات فرط الحراك (Hyperkinetic Disorders) عند

الأطفال، حيث لا يبدو الاعتماد مشكلا أي مشكلة. ومما يؤسف له أن هذه المنبهات ما زالت مستعملة لتفريج الاكتئاب من قبل بعض الأطباء في كل من الدول المتقدمة صناعيا والنامية، وينبغي الآن اعتبار هذا الاستعمال استعمالا غير ملائم.

وتمثل أملاح الليثيوم المجموعة الرابعة من مضادات الاكتئاب المستعملة في الوقت الحاضر. وهي تستعمل في المقام الأول في الوقاية من المرض الهوسي الاكتئابي (Manic Depressive Disease) (أمراض مؤثرة ذات قطبين) وهي في أغلب الأحوال علاج فعال. ومع ذلك، فإن المنسب العلاجي الضيق (Therapeutic Index) وشدة التفاعلات المناوئة المصاحبة لارتفاع تركيز الدواء في الدم يحولان دون استعمالها في عدم توفر الإمكانات الملائمة لتعيين تركيز الليثيوم في الدم على نحو روتيني.

وقد أدى القلق بشأن المشاكل المصاحبة لاستعمال المركّنات المنوِّمة (Hypnotic Sedatives) التقليدية في السنوات الأخيرة إلى فرط استعمال مضادات الاكتئاب المركِّنة لتفريج الأرق (Insomnia). وعلى الرغم من أن لها دورا فعالا في تفريج الأرق الذي يعد نتيجة مباشرة للاكتئاب، كما سيتم شرحه بعد ذلك بقليل، فإن استعمالها كمنوِّمات عامة يجب اعتباره غير ملائم.

المركّنات المنوِّمة (Hypnotic Sedatives)

تمثل هذه أحد نوعين من الأدوية المؤثرة النفسية، التي كان استعمالها مثيرا للجدل بصفة خاصة. وهي تنقسم إلى أربع مجموعات رئيسية، الأولى منها هي المنوِّمات (Hypnotics) القديمة مثل البروميدات، هيدرات الكلورال والبارالدهيد، وقد أدت المشاكل المصاحبة لكل من هذه الأدوية إلى الحد من استعمالها. وتشمل المجموعة الثانية البربيتورات، التي بالرغم من سميتها وخواصها المؤدية إلى الاعتماد ما زالت توصف على نطاق واسع كمنوِّمات، ولا سيما في تلك الدول التي تعد فيها التكلفة عاملا عاما. وهي تتباين من حيث مدة المفعول والسلامة وإن كان لعدد قليل منها منسبا علاجيا (Therapeutic Index)

مرضيا. وقد تم في خلال الخمسينات نتيجة للسمية المعروفة للبربيتورات، تطوير المجموعة الثالثة وهي المنومات غير البربيتورية. وكانت هذه المجموعة مأمونة بدرجة أكبر من البربيتورات غير أن الميل إلى سوء استعمالها والاعتماد عليها كان كبيرا كذلك. وقد تلا هذه المجموعة تباعا البنزوديازيبينات، التي تشكل المجموعة الرابعة. وتعد أدوية هذه المجموعة أأمن بدرجة ملحوظة من البربيتورات في حالة فرط الجرعة وحتى في الوقت الحاضر يندر أن يموت أي مريض لفرط جرعة أحد البنزوديازيبينات بمفرده. غير أن الاعتقاد القديم بأنها مأمونة تماما لم يثبت في الممارسة العملية، إذ بالرغم من أن خطر الاعتماد ضئيل بالمقارنة بالكثير من الأدوية النفسانية التأثير، الا أنه مع ذلك موجود ولا سيما في حالة الاستعمال طويل المدى، حتى بمستويات الجرعات المقبولة علاجياً ومع هذا، ما زالت البنزوديازيبينات معروفة كأفضل أدوية منوِّمة (المعهد القومي للصحة، ١٩٨٣) وقد تم استعمالها على نطاق واسع جدا، ربما بسبب سلامتها النسبية.
ومع أن للبنزوديازيبينات دورا واضحا وقيما في علاج الأرق (المعهد القومي للصحة، ١٩٨٣) إلا أنها تستعمل أيضا على نحو غير سليم، من حيث كل من مدى الاستعمال ومدة الاستعمال على وجه الخصوص، إذ أن التحمل والاعتماد، كما ذكر سابقاً، يحدثان بالتأكيد مع الاستعمال طويل المدى المستمر. كما تستعمل أيضا مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (Tricyclic Antidepressants) حالياً كمنومات، وهي تتمتع بدور قيم ونوعي عندما يكون الأرق (وخصوصا الاستيقاظ مبكرا في الصباح) عرضا لمرضى الاكتئاب؟ بيد أن استعمالها كمنوِّمات للأغراض العامة، كما تم شرحه سابقاً، يعد غير ملائم.

مزيلات القلق (المهدئات، Anxiolytics)

هذه هي المجموعة الأخرى من الأدوية النفسانية التأثير التي سببت قدرا كبيرا من القلق في المجال الطبي ولدى العامة في السنوات الأخيرة. بالرغم من أن جرعات صغيرة من الفينوتيازينات كانت تستعمل لغرض إزالة القلق (Anxiety) إلا أنه من المعترف به الآن أن البنزوديازيبينات هي أيضا أفضل الأدوية لتفريج

القلق. فهي فعالة على نحو سريع، وكما أشير إليه سابقا، مأمونة بشكل ملحوظ في حالات فرط الجرعة (Overdosage)، غير أن هناك قدرا كبيرا من خطر الاعتماد يصاحب استعمالها بصورة مزمنة، حتى بالجرعات العلاجية الطبيعية. واذا ما تم استعمال البنزوديازيبينات على نحو ملائم، فهي تكون فعالة وخالية من المشاكل الرئيسية كذلك. وفي الوقت الحاضر، يرتبط استعمالها بشكل غير ملائم بشكل خاص بمدة وطريقة استعمالها.

احتمال حدوث الاعتماد (Dependence Liability)

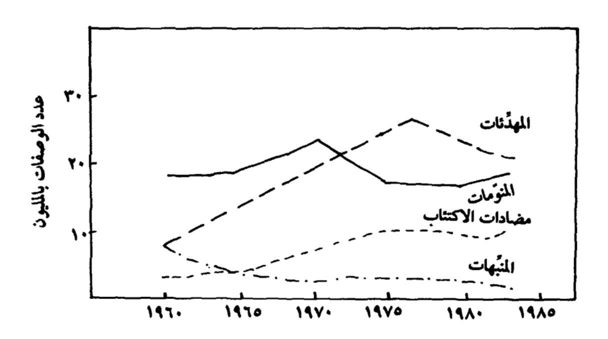
قام إزبل وكروسيل (١٩٧٠) بإعداد تقييم شامل لخطر الاعتماد النفسي والبدني والتعرض لسرف استعمال الأدوية النفسانية التأثير. ويبين جدول (٢) نسخة محدّثة من هذا التقييم، تشمل مجموعات الأدوية النفسانية التأثير المستعملة حاليا في العلاج، كما أنه يبينٍ تقديرا لمستوى الاستعمال ومدى المشاكل الطبية والاجتماعية ذات الصلة. وللمقارنة، يبين الجدول أيضا أخطار «الأدوية النفسانية التوجيه الاجتماعية (Office of Health Economics, 1975, Marks, 1978) (Social Psychotropics).

الاستعمال في الدول المتقدمة صناعيا

يمكن تقدير مستوى استعمال مجموعة أو مادة علاجية ما بأربع طرق رئيسية تتمثل أولها في تعيين قيمة اجمالي الكمية المباعة بتقديرات مالية. وهذه الطريقة غير دقيقة حيث أنها لا تأخذ في الاعتبار فروق الأسعار داخل الدولة الواحدة أو من دولة إلى أخرى على حد سواء.

وتعتمد الطريقة الثانية، والتي كانت مستخدمة على نطاق واسع على حصر الوصفات (Boethius & Westerholm, 1976, Richels, 1983). وبما أن الوصفة قد تكون لمدة قصيرة أو طويلة، فينبغي توخي الحذر في تفسير النتائج. يبين شكل (١) عدد الوصفات الخاصة بالمجموعة المختلفة من الأدوية النفسانية التأثير المستعملة في العلاج في المملكة المتحدة من ١٩٦٠ إلى ١٩٨٠. وقد طرأ تغيير على تصنيف بعض الأدوية خلال هذه الفترة، ومع ذلك فإن الاتجاهات المبينة حقيقية.

والتغير الأكثر وضوحا هو حدوث ارتفاع في خط مجموعة المركنات / المهدئات (Sedatives / Tranquillizers) إلى حد أقصى حوالي عام ١٩٧٥ ثم انخفاض مطرد منذ ذلك الوقت. وقد حدثت زيادة مشابهة في استعمال مضادات الاكتئاب (Antidepressants) غير أنه استمر ثابتاً بدرجة معقولة في السنوات القليلة الماضية، وينطبق هذا أيضا على المنوّمات(Hypnotics) . وكما هو متوقع، فإن استعمال منبهّات الجهاز العصبي المركزي (CNS Stimulants) قد انخفض بشكل مثير، على الرغم من أن هذا الانخفاض يرجع جزئيا إلى حقيقة أن معظم هذه الأدوية قد أعيد تصنيفه ككابتات للشهية (Appetite Suppressants) .



شكل(١) وصفات الأدوية النفسانية التأثير (بالمليون) في المملكة المتحدة من ١٩٦٠ إلى ١٩٨٢ . على أساس أرقام قسم الصحة والمستقاة بصفة رئيسية من مكتب اقتصاديات الصحة، لندن.

وتتمثل الطريقة الثالثة لتقدير مستوى الاستعمال في تعيين نسبة السكان الذين يحصلون على الدواء. وقد يكون هذا كنسبة الذين استعملوا الدواء على مدى فترة محددة (غالبا في خلال العام المنصرم) أو كمدى انتشار الاستعمال (أي

جدول ٢

الاعتماد، احتمال سرف الاستعمال، المشاكل الطبية والاجتماعية ومدى استعمال الأدوية النفسانية التأثير والموجّهة النفسية الاجتماعية

المجموعة وأمثلة منها	احتمال سرف الاستعمال	المشاكل الطبية والاجتماعية	الاستعمال عالميا في الوقت الحاضر
كابتات الجهاز العصبي المركزي (CNS Depressants)			
بربيتورات	+++	+++	++
بروميدات	±	+	±
هيدرات الكلورال	++	+	±
مبروبامات	++	+	+
ميتاكوالون	+++	++	+
فينوتيازينات	- [؟]	+	++
بنزوديازيبينات	++	+	+++
منبهات الجهاز العصبي المركزي (CNS Stimulants)			
أمفتامينات	+++	+++	+
إمذرين	- [؟]	- [؟]	±
مضادات الاكتئاب (Antidepressants)			
مثبطات أكسيداز أحادي الأمين	-	++	±
ثلاثيات الحلقة	- [؟]	+	++
الأدوية النفسانية التوجيه الاجتماعية (Social Psychotropics)			
الكحول	+++	+++	+++
الدخان	+++	+++	+++

تعتمد جزئيا على وموسعة من Isbell, Chrusciel, 1970, أنظر Marks, 1982

عدد المتعاطين وقت إجراء الدراسة). والطريقة الأولى لتعيين مستوى الاستعمال تعطي رقماً أعلى من الطريقة الثانية، تبعا للمدة التي تم تعيين مستوى الاستعمال خلالها. وقد تم استخدام هذه الطريقة على نطاق واسع في تعيين مدى استعمال المهدِّئات والمركِّنات وبصورة أقل بالنسبة للمجموعات الأخرى من الأدوية النفسانية التأثير. ومن ثم، فإن الدراسات التي تمت في أوائل السبعينات (Parry et al., Balter et al., 1974) بيَّنت نسبة لاستعمال جديدة للمركنات المهدئة (Tranquillosedatives) تبلغ ١٥٪ تقريبا في أية سنة، وتمثل البنزوديازيبينات حوالي ٦٠٪ منها. وقد قام ما بين ١٠٪ و١٧٪ من مجموع السكان في دول عديدة في أوروبا باستعمال مهدِّئات ومركِّنات خلال العام المنقضي استعملها بصفة منتظمة ما بين ٣٪ و٨٪ من السكان.

وقد تم الآن نشر أرقام أحدث (١٩٧٩) للولايات المتحدة تبين أن نسبة السكان الذين يستعملون المهدِّئات والمركِّنات قد انخفضت. وكذلك يبدو الآن أن ما يقل عن واحد لكل عشرة من السكان في كثير من الدول يتلقون وصفة لمهدىء في خلال أية سنة وأن حوالي ١٥٪ من هؤلاء سوف يتلقون أحد أدوية البنزوديازيبين مما يؤدي إلى مستوى لاستعمال البنزوديازيبينات يبلغ ٥ ـ ٦٪ ومدى انتشار يبلغ حوالي ٢٪. ومن المعروف أيضا أن عدد النساء اللائي توصف لهن المهدئات يصل إلى ضعف عدد الرجال تقريبا وأن كبار السن أكثر استعمالا لها من الشباب (Mellinger & Balter, 1981, Mellinger et al., 1984, Balter et al., 1984, Marks, 1985).

غير أن البيانات الأولية عن الوصفات أو نسبة السكان المستعملين للدواء لا تأخذ في الاعتبار الأنواع المختلفة من الأدوية المستعملة في كل دولة أو نمط استعمالها. ولهذا السبب، فإن للطريقة التي تتبعها الآن منظمة الصحة العالمية الكثير مما يحدو بالثناء عليها. فهي تعبر عن مستوى الاستعمال في صورة «الجرعات اليومية المحددة» (Defined Daily Doses) لكل سنة لكل ١٠٠٠ نسمة (Lunde, 1977)، وهي بصفة خاصة ذات قيمة عند إجراء مقارنات بين دولة وأخرى وبين عام وآخر مع أنماط وصف مختلفة. ومع ذلك، فحتى

المقارنات الدولية المبنية على أساس الجرعات اليومية المحددة قد لا يُعَول عليها. فقد أوضحت بيانات المرضى أن متوسط الجرعة المستعملة في الدول المختلفة قد يختلف بصورة ملحوظة عن الجرعات اليومية المحددة.

ويبين جدول (٣) أرقام استهلاك الأدوية النفسانية التأثير بالنسبة لعدة دول أوروبية غربية في ١٩٨٠، معبراً عنها بالجرعات اليومية المحددة. وقد تغير الاستهلاك في كثير من الدول الأوروبية على نحو يشبه كثيراً تغيره في المملكة المتحدة وهو ما تم توضيحه في شكل (١). والفروق الموجودة يمكن تفسيرها على أساس اللوائح المحلية.

ومع ذلك، قد تنشأ أخطاء، حتى باستخدام طريقة الجرعات اليومية المحددة إذ أن نسبة الأدوية مضادة الذهان (Neuroleptics) المستعملة كمزيلات للقلق (Anxiolytics) ومركنات (Sedatives) تختلف حتى ما بين الدول المجاورة جدا لبعضها البعض (Marks, 1983 b). ولذلك ينبغي توخي الحذر بشأن أي معلومات يجري استخدامها حتى تتم دراسة جميع العوامل المؤثرة.

وجدير بالعلم أن المعلومات الموجودة بدفاتر المبيعات أو التي يتم الحصول عليها من بيانات الوصفات لا تمثل الاستعمال على نحو يمكن التعويل عليه. فثمة دليل واضح الآن من كل من الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة على أن المرضى يستهلكون فعليا كميات من الأدوية النفسانية التأثير تقل كثيرا عن الكميات الموصوفة (Marks, 1985). والوضع في دول أخرى غير واضح. أما العامل الثاني الذي يؤدي إلى عدم توفر المعلومات من بيانات المبيعات (حتى وإن تم تقديمها) أو بيانات الوصفات، فهو الاستعمال غير المجاز. وحتى في هذا السياق، إذا تم استبعاد بيع الأدوية النفسانية التوجيه بشكل غير مشروع (في الشارع) فإن من المعروف تماما أن الموجِّهات النفسية يستعملها أناس غير الذين تم وصفها لهم. إن الأقارب والأصدقاء قد «يستعيرون» المنوِّمات والمهدِّئات، وذلك لمجرد تغطية فترات علاج عند نفاذ مخزونهم منها أحيانا، وفي أحيان أخرى

لإختبار فعاليتها .وأيا كان المسمّى ،ينبغي اعتبار مثل هذا الاستعمال استعمالاً غير سليم ،وذلك مهما كان حسن النوايا .إن مدى هذا الاستعمال غير السليم غير معروف .

جدول (٣)

الاستعمال العلاجي للمواد النفسانية التأثير في دول أوروبية مختلفة في ١٩٨٠، معبراً عنه بالجرعات اليومية المحددة لكل ١٠٠٠ بالغ*

المجموعة	الدنمارك	فنلندة	أيسلندة	النرويج	السويد
مضادات الذهان (Neuroleptics)	٩,٦٣	٩,٦٨	٥,٩١	٨,٤٢	١٠,٢٦
المهدّئات (Tranquillizers)	٤٠,٧٨	١٩,٦٣	٢٤,٢٣	٢٢,٦٤	٢١,٨٦
المنوّمات (Hypnotics)	٧٥,٨١	١٧,١٥	٣٠,١٥	٤١,٨٩	٤١,٣٦
مضادات الاكتئاب (Antidepressants)	١٠,١٨	٤,٠٥	١١,٢٤	٨,٥١	٧,٧٥
المنبّهات (Stimulants)	١,٠١	٠,٨٩	٠,٦٧	٠,١٨	٠,٦٩

* وفقا للمجلس النرويجي للأدوية، ١٩٨١ .

الاستعمال في الدول النامية

توحي التعليقات في المؤتمرات الدولية بأن هناك قدرا كبيرا من الاستعمال غير السليم وبصورة خاصة فرط الاستعمال في الدول النامية. ومع ذلك، فإن الجزء الأكبر من المعلومات انشائي والدراسات المنشورة قليلة جدا. والدراسات الموجودة، هي في جميع الحالات منفصلة وغير تامة، وتميل إلى عدم تأييد وجهة النظر بأن هناك فرط استعمال عام وضخم في أية دولة على وجه الخصوص (جدول ٤). ومع ذلك، فمثل تلك الأرقام العامة من شأنها إخفاء الاستعمال غير السليم بصورة كبيرة بما في ذلك:

أ ــ فرط استعمال الأدوية النفسانية التأثير للسيطرة على المرضى مثيري الإزعاج في حالة عدم كفاية هيئات العاملين.

ب ـ استعمال الأدوية النفسانية التأثير غير الملائمة نتيجة لصعوبة التشخيص بالإمكانات المحدودة المتاحة.

جـ ـ بيع المواد العلاجية التي يتم الحصول عليها إما من مصادر محظورة أو بموجب وصفات مشروعة للمرضى وذلك في الأسواق العامة.

د ـ صغر الجرعة أو قصر مدة التعاطي على نحو غير ملائم وذلك بسبب ضغوط مادية.

هـ ـ استعمال أدوية نفسانية التأثير أقل ملائمة بسبب عدم ترخيص الأدوية الملائمة محليا.

ومما يؤسف له عدم وجود معلومات يُعوّل عليها فيما يتعلق بمدى أي من هذه الأنواع من الاستعمال غير الملائم، وبالتالي فهو ما زال حدسيا.

جدول (٤)

الاستعمال العلاجي للمواد النفسانية التأثير، معبراً عنه بالجرعات اليومية المحددة لكل ١٠٠٠ بالغ في بعض الدول(*)

الدولة	السنة	المادة	الجرعات اليومية المحددة لكل ١٠٠٠ بالغ
الأرجنتين	١٩٨٣	بنزوديازيبينات	١٤,٥
البرازيل	١٩٨٤	بنزوديازيبينات	٤,٥
اليونان	١٩٧٩	بنزوديازيبينات	٦,٧
المكسيك	١٩٨٣	بنزوديازيبينات	١,٩
تايلاند	١٩٨١	ديازيبام	٣,٨
المملكة المتحدة	١٩٧٩	بنزوديازيبينات	١٨,٧
الولايات المتحدة الأمريكية	١٩٨٢	بنزوديازيبينات	٢١,٨

(*) تبعا لـ Khan et al., 1981, Edmondson et al., 1982 and Strika et al., 1981.

الفوائد الطبية

مضادات الذهان (Neuroleptics)

نظرا لاستعمال جرعات عادية من مضادات الذهان (مقابل الجرعات الصغيرة للاستعمال كمزيلات للقلق (Anxiolytics)) لعلاج حالات ذهانية معينة ومحددة، فإن استعمال تلك الأدوية له ما يبرره عادة في الدول المتقدمة صناعيا (وقد تمت الإشارة سابقا إلى الإستعمال غير السليم في السجون والمستشفيات). والمعايير التشخيصية لاستعمال مضادات الذهان واضحة والحاجة إلى علاج طويل المدى قد توطدت. وما يثير القلق في المقام الأول هو الأعراض خارج الهرمية (Extrapyramidal) مع الاستعمال طويل المدى، وثمة حاجة إلى تحسين التدريب الطبي على معالجة هذه الأعراض. ومن ناحية أخرى، فإن البدائل (مثل السُترات الضيقة، إلخ) أقل ملائمة على نحو قابل للجدل.

وقد ظهر حديثا نوع من استعمال مضادات الذهان (Neuroleptics) قدّ يكون غير ملائم وهو بمثابة دليل على حقيقة أن ما يعتبر ملائما قد يتغبر بتغير المجتمع. فاستعمال مضادات الذهان (Neuroleptics) في الفترة ما بين ١٩٥٤ و ١٩٧٠ قد أتاح لنسبة كبيرة من الفصاميين (Schizophrenics) الحياة بصورة فعالة ومستقلة في المجتمع. غير أن الركود السائد حاليا في العالم والعجز الناجم في موارد رعاية المجتمع كان من شأنه أن تعاني هذه الفئة الآن معاناة شديدة عند إطلاقها في المجتمع، ويحكم عليها بالحياة في مستعمرات أو في السجون. وفي ظل هذه الظروف، فإن وصف مضادات الذهان وما يؤدي إليه من اطلاق من المستشفى بدلا من حياة مريحة في مؤسسة للرعاية قد يمثل استعمالا غير ملائم من وجهة النظر الإجتماعية.

وفي الدول النامية، ثمة دليل واضح على كل من نقص استعمال مضادات الذهان واستعمالها على نحو غير سليم. وينشأ نقص الاستعمال من الصعوبات التي يُعاني منها فيما يتعلق بالتأثيرات الجانبية عندما تتعذر المتابعة الكافية، ومن مشاكل التشخيص وكذلك من الصعوبات الاقتصادية. أما الاستعمال غير السليم

فينشأ من الصعوبـات التشخيصية، فـلا يتم التوصـل إلى تشخيص واضح وإنمـا يتعاطى المريض عدة أدوية مضادة للذهان، مما يشكل ضياعا للمـوارد وزيادة من خطر تفاعلات الأدوية على حد سواء.

مضادات الاكتئاب (Antidepressants)

قد تكون هناك قلة ممن لا يقرّون القيمـة الطبيـة لاستعمال الأدويـة المضادة للاكتئاب. وتشير معظم التقديرات إلى نسبة حدوث أمراض اكتئابيـة بين النـاس عموما تـتراوح بين ٢ و ٥٪، ومـا يقرب من ٥, ٠٪ من مجمـوع الناس معـرضون لـلاكتئاب المـرضي كل عـام (Leigh et al., 1976). وبالـرغم من أن هذه الأرقـام مستمدة في المقام الأول من دراسات تمت في دول متقدمة صناعيـاً فليس هناك مـا يـدعو إلى الاعتقـاد بأن النسبـة في الدول النـامية تختلف كثيـراً. ويرتبط مستـوى الاستعمال ارتباطا قوياً بنسبة الحدوث.

وبـالـرغم من أن الاستعـمال غـير السليم طبيـا يحـدث كنتيجـة لسـوء التشخيص، إلا أن النمط في الـدول المتقدمـة يعكس قصـور التشخيص. فسـوء تشخيص القلق (Anxiety) لـدى مريض يعـاني من الاكتئاب شـائع الحـدوث إلى حـد ما. ونتيجـة لذلـك، فإنـه من الـواضـح أن يكـون احتـمال نقص استعـمال مضـادات الاكتئاب أكـبر بكثير من فـرط استعـمالها. وسـوء استعـمال مضـادات الاكتئـاب والاعتماد عليها غـير معـروفـين واقعيـا، بيـد أن ردود فعـل الانـتزاع (Withdrawal) قد تحدث عند وقف الاستعمال بصورة مفاجئـة. وثمة قـدر محدود من فرط استعمال مضادات الاكتئاب كمنومات للأغراض العـامة، وفي استعـمال أدوية متعددة عندما يكون التشخيص غير واف.

وهنـاك اهتـمام أكـبر كثيرا بشـأن نقص استعـمال مضـادات الاكتئـاب (Antidepressants) في الدول الناميـة، وذلك بـالرغم من احتـمال فرط استعـمالها عـلى نحـو غـير سليم. وهنـاك، كـما هي الحـال بـالنسبـة لمضـادات الـذهـان (Neuroleptics)، ميـل إلى تعـاطي أدويـة متعـددة بـدلا من التشخيص الـوافي

والعلاج النوعي. وهذا ينشأ جزئيا عن أخطاء تشخيصية، غير أنه قد ينشأ بدرجة أكبر كثيرا نتيجة نقص التمويل الكافي للمداومة على استعمال مضادات الاكتئاب. إن نمط العلاج الشائع في هذه الدول هو علاج دوائي لمدة أسبوع تقريبا مع ترقب حدوث تحسن أثناء هذه المدة. غير أنه فيما يختص بمضادات الاكتئاب، يندر حدوث تحسن قبل مالا يقل عن عشرة أيام وهذا من شأنه أن يزيد من خطورة مشكلة الاستعمال غير السليم، مما يؤدي إلى وقف العلاج مبكراً عند بعض المرضى واستعمال طويل المدى غير ذي فعالية عند البعض الآخر.

المنوّمات (Hypnotics)

تم مناقشة الأساس المنطقي لاستعمال المنومات في أواخر عام ١٩٨٣، حينما عقد المعهد القومي للصحة، ببتيدا، ماديسون بالولايات المتحدة الأمريكية مؤتمرا لتطوير الإجماع حول «الأدوية والأرق: استعمال الأدوية للمساعدة على النوم» (المعهد القومي للصحة، ١٩٨٣). فهناك حوالي ٣٠٪ من السكان يشكون من صعوبة النوم، ونصف هذا العدد، أي حوالي سدس السكان البالغين، يعتبر الأرق (Insomnia) مشكلة جدية. ومن الذين يعانون من الأرق الجدي، يشكو حوالي نصف العدد من ضائقة انفعالية (Emotional Distress) شديدة، ومع ذلك فإن حوالي ١٠٪ فقط يتلقون منومات موصوفة وحوالي ٤٪ آخرين يستعملون منتجات تصرف بدون وصفة. ومن ناحية أخرى، يوجد دليل متواتر قوى من دول كثيرة على إعطاء منومات، في أغلب الأحيان لمدد طويلة، لأفراد لا يعانون من مشكلة نوم حقيقية، أو على الأكثر يعانون من مشكلة عابرة فقط.

وتوفر المعالجة النفسية (Psychotherapy) ومعالجة السلوك (Behaviour Therapy) والمعالجة الدوائية (Pharmacotherapy) مجتمعة خطة علاجية شاملة للأرق، وفيما يتعلق بالمعالجة الدوائية، فيكاد أحد البنزوديازيبينات أن يكون دائما هو الدواء المفضل. وكما هي الحال بالنسبة للأدوية الأخرى، ينبغي أن يتلقى

المريض أقل جرعة فعالة لأقصر مدة ضرورية سريريا، بيد أن سلامة البنزوديازيبينات قد شجعت الاستعمال لمدد طويلة على نحو غير سليم. ويجب أن يعتمد اختيار أحد البنزوديازيبينات على خواصه الحرائكية (Pharmacokinetics) (أي مدة المفعول) المرتبطة باحتياجات المريض. فقد يفضل بنزوديازيبين سريع الإطراح (Elimination) في حالات القلق غير الشديد، ولا سيما اذا كانت هناك رغبة في تجنب التركين غير المطلوب أثناء النهار. أما بالنسبة لمرضى آخرين، خصوصا الذين يعانون من القلق، فقد يفضل أحد أدوية المجموعة بطيئة الإطراح.

مزيلات القلق (Anxiolytics)

إن هناك ما يبرر كذلك الاستعمال الطبي قصير المدى لمزيلات القلق. فقد بينت العديد من الدراسات الحديثة حدوث مراضة نفسية (Psychiatric Morbidity) ذات شأن عند حوالي ٣٠٪ من سكان الدول المتقدمة في السنة الواحدة، وأن نسبة الانتشار تبلغ حوالي ١٥٪، يمثل القلق المرضي الجزء الأكبر منها (Marks, 1980). ويتعرف الممارسون الطبيون على ما يقرب من نصف هذه المراضة فقط، ولذلك فإن المستوى الحالي لوصفات المركنات المهدئة (Tranquillosedatives) (يبلغ المستوى السنوي حوالي ١٠٪) منخفض وليس مرتفعا، مقارنة بمستوى المراضة، ولا يوصى بالوصف المبدئي غير السليم في المجتمع ككل.

الاستنتاجات

إن حقيقة أن تكون نسبة السكان الذين يتلقون مجموعة معينة من الأدوية هي نفسها نسبة المصابين بالاضطراب الذي تستعمل تلك الأدوية لعلاجه، لا تدل على أن العلاج يعطى بالضرورة للمرضى المناسبين. وهناك دليل (تمّت مراجعته بواسطة .Marks, 1983 b) على الاستعمال السليم للمهدئات

(tranquillizers)، ولكن، ومن ناحية أخرى، فإنه من الواضح أنها تستعمل على نحو غير سليم بدرجة كبيرة من قبل أفراد من المرضى، بما في ذلك استعمالها للحالة الطبية غير الصحيحة، والجرعات الزائدة جدا، والتعاطي لمدد طويلة جدا، أو الترصد الطبي غير الكاف (Marks, 1985).

وبصفة خاصة، يتم حاليا استعمال الأدوية النفسانية التأثير إلى حد كبير في الاضطرابات البدنية (physical disorders). وقد يكون هناك مبرر لذلك في حالة وجود عنصر نفسي بدني (psychosomatic)، ولكن بالنسبة للاضطرابات الأخرى (مثل الألم) فلا يوجد مثل هذا التبرير. ولم يتم تقدير مدى هذا الاستعمال غير السليم كميا والدليل عليه متواتر إلى حد بعيد.

وتتمثل المشكلة الرئيسية في تعاطي مزيلات القلق لمدة مفرطة في الطول، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى زيادة خطر الاعتماد. وقد يكون هناك مبرر للاستعمال طويل المدى لتلك الأدوية بالنسبة لبعض المرضى المعنيين، ولكن للأسف بينت دراسات حديثة أن مثل هذا الاستعمال يُطال بدون رعاية طبية كافية (Marks, 1983 a) وفي أغلب الأحيان، بدون مبرر طبي كاف.

الفوائد الاجتماعية

حتى وقت قريب، كانت هناك قلة تتشكك في أن تكون مضادات الذهان (neuroleptics)، التي مكنت مرضى الحالات الذهانية الحادة من العودة إلى المجتمع، ذات فائدة اجتماعية. وقد تمت الإشارة فيما سبق إلى أزمة العالم المالية والتي كان مؤداها أن الأعضاء الأضعف في المجتمع قد عانوا أشد ما تكون المعاناة، وتعيش في الوقت الحاضر، أعداد هائلة من الفصاميين (schizophrenics) على أحسن تقدير في فقر في المستعمرات وعلى أسوأ تقدير في السجون. ومن ثم فإن الفائدة الاجتماعية لاستعمال مضادات الذهان أقل وضوحا في الوقت الحاضر، مما يثبت أن الفوائد الاجتماعية للأدوية لا ترجع فقط لقيمتها العلاجية

ولكنها تتأثر كذلك بالظروف التي تستعمل فيها.

وهناك قلة قليلة ممن لا يقبلون بالميزات الاجتماعية لاستعمال مضادات الاكتئاب ولا باقتراح أن تعاطي هذه المواد يتعارض مع التفريج المرشَّد لاضطراب خطير.

وحتى الآن لم يظهر سوى عدد قليل نسبيا من دراسات مقارنة التكاليف بالفائدة (cost-benefit) في العلاجيات (Teeling Smith, 1983)، غير أن دراسة مبكرة بارزة تناولت استبدال الصدمة الكهربائية (electroshock) بمضادات الاكتئاب في سويسرة (Brand et al., 1975) ومن ثم، فإنه من الممكن الحصول على تقدير للفائدة الممكنة لهذه الأدوية بلغة المال.

وقد أدى استبدال الصدمة الكهربائية بمضادات الاكتئاب إلى زيادة في طاقة العمل بنسبة ٥٠٪ ويمكن حاليا علاج ٢٢٠٠٠٠ حالة جديدة كل عام لم تكن إمكانات العلاج موجودة بالنسبة لها سابقا. ومن وجهة النظر الاجتماعية، فإن مزايا الاتصال بالبيئة الطبيعية اعتبرت أكبر بكثير من العيوب المحتملة للعلاج المضاد للاكتئاب وبذلك رجح ميزان البرهان الأدوية المضادة للاكتئاب.

أما الفوائد الاجتماعية لاستعمال المنومّات (hypnotics) فهي أقل وضوحا بكثير. فقد يكون من الضروري الإشارة إلى وقوع ضرر اجتماعي من جراء الأرق (insomnia) وهو ما يلاحظ عمليا، وأن علاج ذلك يكون باستعمال المنومِّات. فالحرمان من النوم لليلة واحدة ينتج عنه انخفاض محدود في مستوى الأداء، ولكن التأثير يزداد بالحرمان من النوم لمدد أطول ويصبح ملحوظا بدرجة أكبر مع الأعمال المضجرة التكرارية. وهناك نقص يكاد يكون تاما في الدراسات الاجتماعية في الممارسات السريرية (clinical practice)، في البيت وفي العمل، حول الانخفاض في مستوى الأداء الثمالى (residual) والتأثير المعلق (hangover) وحوادث الآلات. ويعد هذا مجالا تعوزه المعلومات الضرورية لاجراء قياس صحيح.

وقد ادعى علماء الاجتماع أن الناس توصف لهم مهدئات (tranquillizers) هم بغير حاجة إليها(Twaddle & Sweet, 1970)، وأنه لم يكن هناك سعى إلى الحلول الاجتماعية (Koumjian, 1981) وأن الرواقية (stoicism) في مقابل المشقة (discomfort) لم تعد فضيلة سائدة (Tessler et al, 1978).

إن الدراسات الجيدة التي أجريت عن الملامح الاجتماعية لاستعمال المهدئات قليلة بدرجة لا تسمح بالتوصل إلى استنتاج قوي. وثمة دليل في المملكة المتحدة على أن المهدئات لا توصف للأمراض الاجتماعية (Williams et al., 1982) بينما تدل الدراسات في الولايات المتحدة (Tessler et al, 1978) على وجود مدخل واع وواقعي لاستعمال تلك الأدوية؛ حيث ينظر للمهدئات على أنها من الممكن أن تؤدي إلى تحسن النوعية العامة للحياة. (Whybrow et al, personal com- munication, 1982) وعلى أنها لا تتسبّب في أية عواقب اجتماعية ضارة (Proctor, 1981). ومن ناحية أخرى، فإنه من الواضح تماما أن نسبة هائلة من المرضى الذين يستشيرون أطباءهم الممارسين بشأن اضطرابات نفسية يواجهون حقيقة مشاكل سياسية واجتماعية واقتصادية صعبة، والأعراض التي يصفونها لا تعدو كونها النتائج النهائية لعدم قدرتهم على إيجاد الحلول الملائمة. وقد تم التأكيد على هذا الجانب، بين جوانب أخرى من قبل Cooperstock (1976), Wil- liams et al. (1982), Koumjian 1981. وينبغي النظر كذلك إلى تبعات استعمال المهدئات في ضوء البدائل الاجتماعية لعلاج الكرب (stress). فمن المعروف بالنسبة للذكور أنه يمكن استعمال الكحول كنوع من المعالجة الذاتية (self- medication) (Parry et al., 1974, Mellinger, 1978) وكبديل للمهدئات، وأن الحد من استعمال المهدئات يكون مصحوبا بزيادة في استعمال الكحول.

وأما الرأي القائل بأن تعاطي الأدوية النفسانية التأثير يؤخر الحلول الاجتماعية قد يكون مقبولا بدرجة أكبر إذاكانت هذه الحلول متاحة. ومع هذا وكما بيّن Mellinger (1978)، فإن من يكونون في ضائقة (distress) ويرفضون العلاج، فإنهم يسعون إلى السلوان (Solace) في مكان آخر و «المجتمع غالبا لا يوفر قدرا

كبيرا على سبيل البدائل العملية والأفضل بكثير».

ومع ذلك، فإن موضوع غياب الحلول السياسية والاقتصادية والاجتماعية لهذه المشاكل مما قد يجعل تعاطي هذه الأدوية ملائما على المدى الطويل هي مسألة قابلة للجدل، حتى وإن اعتبر هذا مناسبا عمليا على المدى القصير.

الإستنتاجات

يتضح من هذا العرض الموجز أن هناك دليلا في الدول المتقدمة صناعيا على وصف المجموعات المختلفة من الأدوية النفسانية التأثير على نطاق واسع. والوصفة الأولية تبدو بصفة عامة منطقية ومعتدلة، بيد أنه توجد مجالات كبيرة للاستعمال غير الملائم. ويبدو أن المشاكل الطبية في الدرجة الأولى في مجالين: أولا في صعوبات في التشخيص النفساني وثانيا في الطول المفرط في مدة العلاج وخصوصا الاستعمال طويل المدى غير المناطر للمهدئات (tranquillizers) والمنومات (hypnotics).

أما في الدول النامية، فإن الصورة أبعد ما تكون عن الوضوح. فمن المرجح أن استعمال المواد النفسانية التأثير محدود على نحو غير ملائم بشكل عام، ويرجع ذلك جزئيا إلى مشاكل تشخيصية ولكنه يرجع في المقام الأول إلى صعوبات اقتصادية. ومن ناحية أخرى، يوجد دليل متواتر كبير على فرط الاستعمال غير الملائم في الدول النامية ولا سيما كنتيجة لضعف التشخيص، مما يؤدي إلى استعمال غير ضروري للعديد من الأدوية.

وبشكل عام، يبدو أن هناك البعض ممن يحتاجون إلى أدوية نفسانية التأثير ولا يتلقونها، والبعض ممن يتلقونها ولكنهم ليسوا في حاجة إليها.

ويستتبع ذلك أن هناك حاجة عامة إلى تدريب الأطباء، والمعاونين الطبيين وعامة الجمهور على الجوانب المختلفة للاستعمال الطبي للأدوية النفسانية التأثير؛ فبالنسبة للأطباء، التدريب على التشخيص الأفضل وكيفية استعمال المعالجة

الـدوائية عـلى أحسن وجه كجـزء من العلاج الكـلي للمرض العقـلي ؛ وبالنسبـة للمعـاونين الـطبيين التـدريب على مـا يمكن إنجازه بـالمعالجـة الـدوائيـة النفسيـة (psychopharmacotherapy) ومشاكلها؛ أمـا بالنسبـة لعامـة الجمهور، التـدريب عـلى توقعـات أكـثر واقعيـة فيـما يتعلق بـاستعـمال الأدويـة ودور طـرائق العـلاج الأخرى.

* * *

الفصل الثالث

العوامل التي تؤثر على وصف الأدوية

من المعتـاد في معظم الـدول أن تطلب وصفـة من مهني صحي حتى يتسنى الحصول على أدوية نفسانية التأثير (Psychoactive). ومن ثم يعد سلوك الواصفين ذا أهمية لفهم استعمال وسوء استعمال الأدوية النفسانية التأثير.

إن واصفو الأدوية النفسانية التـأثير هم عـادة من الأطباء، وسـوف تقتصر هذه المناقشة على ممارساتهم في وصف الأدوية.

ولقد زاد الإهتمام بدراسة وصف الأدوية عامة والأدوية النفسانية التأثير على وجـه الخصوص في الستينـات، حينـما ظهـر القلق البـالـغ حـول فـرط استعـمال الأدوية، ومنذ ذلك الحين تم نشر العديد من الدراسات والمقالات. والغرض من هذا الفصل هو تقديم إطار لدراسة العوامل الكثيرة التي تؤثـر على وصف الـدواء وكذلك تقديم بعض الإستنتاجـات المستخلصة من كـل ما كُتب عن المـوضوع. ويوجد عدد كبير من الدراسات بلغاتٍ مختلفة غـير أن التغطيـة هنا اقتصرت عـلى المقـالات الشاملة والتقـارير التحـيرية المنتقـاة بـاللغـات الإنجليـزيـة، الألمـانيـة والإسكندنيافية.

وقـد كـانت مقــالات كـريستنسن وبــوش ١٩٨١، هيمينكي ١٩٧٥ أ، هيمينكي ١٩٧٦، هــيرمــان وررودوسكــاس ١٩٧٦، ميـللر ١٩٧٤، بــاريش ١٩٧١، باريش، ١٩٧٤، ستوللي ولاسانيـا ١٩٦٩، ورشن ١٩٧٣ وكتاب بلوم وآخرين ١٩٨١ مفيدة بصفة خاصة، وكثيراً ما يتم الرجوع إليها.

تشمل عملية وصف الدواء عددا من القرارات: متى يوصف الـدواء وبأي

كمية، وأي دواء يوصف وكيف يتم الوصف. والسؤال كيف يتم وصف الدواء، غالباً ما يشمل مسائل فنية، طبية، صيدلانية واقتصادية، مثل هل تم إختيار أفضل دواء، فهذه المسائل هامة وحاسمة أحيانا بلغة الصحة والتكاليف. ولكن، بصفة خاصة عندما يتعلق الأمر بالأدوية النفسانية التأثير يصبح اتخاذ قرار وصف الدواء من عدمه هو الأهم، وسيتم التركيز عليه فيما بعد. ونظرا لأن قدرا كبيرا من وصف الدواء هو مسألة إعادة ملء عبوة أو إعادة صرف وصفة سابقة، فإن وقف استعمال المريض للدواء عملية هامة، غير أنها لم تدرس إلا نادراً. فربما كانت العوامل التي تحدد الوصف المتكرر مختلفة عن تلك التي تحدد وصف الدواء للمريض أول مرة.

وحيث أن العوامل التي تؤثر على وصف الدواء ليست خاصة بالأدوية النفسانية التأثير فقط، فقد ضمت دراسات عن وصف أنواع أخرى من الأدوية أو وصف الأدوية بصفة عامة. ولم تتم مناقشة الوصف غير القانوني للأدوية.

إن المصطلحات الخاصة بالأدوية «النفسانية التأثير» غالبا ما تكون غير مفهومة بوضوح. على سبيل المثال، فإن مصطلحات مثل «نفساني التأثير» (Psychoactive) «نفساني التوجيه» (Psychotropic)، و «نفساني العلاج» (Psychotherapeutic) تستخدم في معظم الأحوال (على نحو غير صحيح) كمرادفات. وطبقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية ولجنة الأمم المتحدة للأدوية المخدرة (Narcotics)، سوف يتم هنا استخدام المصطلح «الأدوية النفسانية التأثير» (Psychoactive) لتحديد الأدوية، التي إذا ما قورنت بأدوية أخرى، تكون لها القدرة على التأثير على مظاهر العقل والسلوك، بما في ذلك اضطراب التفكير (Thought)، المزاج (Mood)، القلق (Anxiety)، الأداء المدرك (Cognitive Performance) والرفاهة (Well - Being).

دور العوامل غير الطبية

توصف الأدوية النفسانية التأثير «للأمراض العقلية» (Mental Illnesses)، وتعد الحالة الصحية للمرضى عاملا رئيسياً في تقرير ما إذا كانوا يأخذون تلك

الأدوية. غير أنه فضلا عن هذه العوامل الطبية، فإن للعوامل غير الطبية أيضا تأثيرها، نظراً لأن دواعي استعمال الأدوية النفسانية التأثير ليست واضحة بصورة قاطعة (Jensen, 1983) وإنه لفي هذا السياق تنشأ قضية إضفاء صبغة طبية على المشاكل الاجتماعية، أي تحويلها إلى مشاكل صحية فردية.

ويمكن تقسيم «العوامل غير الطبية» إلى مجموعتين، هما العوامل المتحكمة في وصف الدواء (شكل ٢)، والعوامل الفردية، أي تلك المرتبطة بالطبيب على نحو فردي. والمجموعة الأخيرة من العوامل هي الموضوع الرئيسي لهذا الفصل، بيد أن العوامل المتحكمة هامة، وقد تؤثر على طريقة تأثير العوامل الفردية في أوقات مختلفة وفي دول مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد تختلف ممارسات وصف الدواء إختلافاً شديداً في دول تخضع فيها الأدوية لمراقبة مركزية صارمة، بحيث توجد قواعد كثيرة وأدوية قليلة منها في دول تغيب فيها تلك المراقبة، بحيث توجد قواعد قليلة وأدوية كثيرة. وفي الحالة الأولى، يتم القدر الأكبر من التفكير واتخاذ القرار بصورة جماعية، قبل أن يقرر الطبيب الممارس كتابة وصفة ما. وتصبح قوة صناعة الدواء الوطنية، ونفوذ سلطات الرقابة الحكومية عاملين متحكمين هامين (Bruum, 1983). وقد تعدل تقاليد ومعتقدات السكان من ضغوط المرضى، ووجهات نظر الأطباء كذلك. فالنظرة إلى الصحة والمرض من جانب الثقافة المحلية وكيف يتم التفريق بينهما، تتأثر بالتدريب الطبي. وقد يؤدي العجز في عدد الأطباء، وسوء توزيعهم أو العقبات المادية التي تحول دون طلب الناس للرعاية الطبية، إلى الحد من الوصول إلى الأطباء والحصول على الأدوية (إلا إذا كان توزيع الأدوية يتم بواسطة غير الأطباء، وهو وضع قائم في الدول النامية). وكما تبين هذه الأمثلة، فبالرغم من الأهمية الواضحة للعوامل المتحكمة في وصف الدواء، فإن العوامل المتداخلة في تأثيرها على وصف الدواء تعتمد بدرجة أكبر على التخمين والتفكّر المطلعين منها على الدليل الواقعي.

وتقسيم الدول إلى متقدمة صناعيا وغير متقدمة وإلى دول اشتراكية وغير اشتراكية طريقة غير ناضجة لتمييزها حيث قد تختلف العوامل المتحكمة في

وصف الدواء اختلافا كبيرا داخل الدول المتشابهة ظاهريا . والخبرة المتاحة والكتابات المنشورة ترتبط في المقام الأول بالدول غير الاشتراكية المتقدمة صناعيا أي بدول الإقتصاد الحر ومدى صلتها بالدول الإشتراكية غير واضح، وسوف تتم مناقشة صلتها بالدول النامية فيما بعد.

تتأثر العوامل الفردية المؤثرة على وصف الدواء بالعوامل المتحكمة فيه. وسوف تقدم، بعد مناقشة موجزة لبعض المشاكل العامة في دراسة هذه العوامل، الاستنتاجات الخاصة بكل عامل فردي، تتلوها مناقشة لإحتمال أهمية هذه العوامل وسبب ذلك. غير أن البيانات المطلوبة لتقدير تأثيرات كل عامل تأثيراً كمياً، إما على حدة أو بالنسبة للعوامل الأخرى أو بالنسبة للعوامل الطبية، غير كافية. فمتطلبات وتطلعات مجموعات الضغط والمجتمع ككل لن تناقش منفصلة،ويبين شكل (٢) كثيراً من تلك العوامل المؤثرة. ويبدو في بعض الدول، أن لوسائل الإعلام (التلفاز، المذياع، الصحف، المجلات، الخ) تأثيراً كبيراً في تكوين الرأي العام وفي جذب انتباه الجمهور لمسائل تخص الصحة والأدوية.

وثمة مشكلة منهجية هامة وهي أن العوامل المختلفة متشابكة، بحيث يصعب فصل تأثير أحد العوامل عن تأثير العوامل الأخرى. كما أن هناك مشكلة أخرى تتمثل في أن الأطباء ليسوا بالضرورة مصادر معلومات يعوّل عليها بشأن عاداتهم الشخصية في وصف الدواء، فما يعتقدونه هو الذي يملي هذه العادات، أو أن ما ينوون التصريح به قد لا يكون ما حدث فعلا (Avorn et al., 1982). وبالتالي، فالمعلومات المطلوبة غالبا ما يتم جمعها بطريقة غير مباشرة. وقد تكون دراسة العوامل غير الطبية التي تؤثر على وصف الدواء صعبة نظراً لأنها قد تتضمن قدرا من الإنتقاد لمهنة الطب، فالكثير من الأطباء يحبون الإعتقاد بأن سلوكهم علمي وتمليه فقط العوامل الطبية.

الأبحاث والتدريب المهني

تعتمد المعرفة الطبية على البحث، الملاحظات غير الرسمية والخبرة العملية. ومع التركيز الحالي على الجوانب العلمية للطب، أصبحت نتائج

الأبحاث وعملية إجراء البحث ذات أهمية وتتكون محتويات المجلات العلمية والطبية بدرجة كبيرة من تقارير عن نتائج الأبحاث. وليس من الواضح إلى أي مدى يؤثر البحث على وصف الدواء. ففي بعض الأحيان يبدو أن ليس للبحث تأثير يذكر على الممارسات الوصفية وفي أحيان أخرى تتأثر هذه الممارسات بالبحث عندما يؤدي نشر نتائج الأبحاث إلى تغيرات رئيسية في وصف الدواء. وربما لا يؤثر البحث على وصف الدواء بشكل مباشر، وقد يحدث ذلك على نحو غير مباشر عندما تطلع سلطات الرقابة على الدواء، والمعلمون وصناعة الدواء على معلومات جديدة. ويبدو محتملا كذلك أنه كلما ازدادت نتائج الأبحاث توافقاً مع التفكير السائد، كلما ازداد تأثير البحث.

وفي الحالة المثالية، ينبغي أن يكون التدريب المهني هو العامل الحاسم في وصف الدواء، فالقرارات بشأن كيفية التشخيص، وحتى يتقرر العلاج، وكيف يتم العلاج ينبغي أن تكون جميعها مبنية على أساس المعرفة المهنية (Professional Knowledge) التي يتم اكتسابها بدرجة كبيرة أثناء التدريب الأساسي والتعليم المستمر (Continuing Education). ويمكن أن يبلور التدريب الأساسي المواقف تجاه المعلومات الجديدة والمهارة في التعامل معها، ويساعد التعليم المستمر الأطباء في تحديث معرفتهم. ويتمثل التعليم المستمر في مقررات رسمية وتدريب عملي في المستشفيات، ولكنه كثيراً ما يتخذ صورة إجتماع أو مقالة في مجلة علمية أو مهنية.

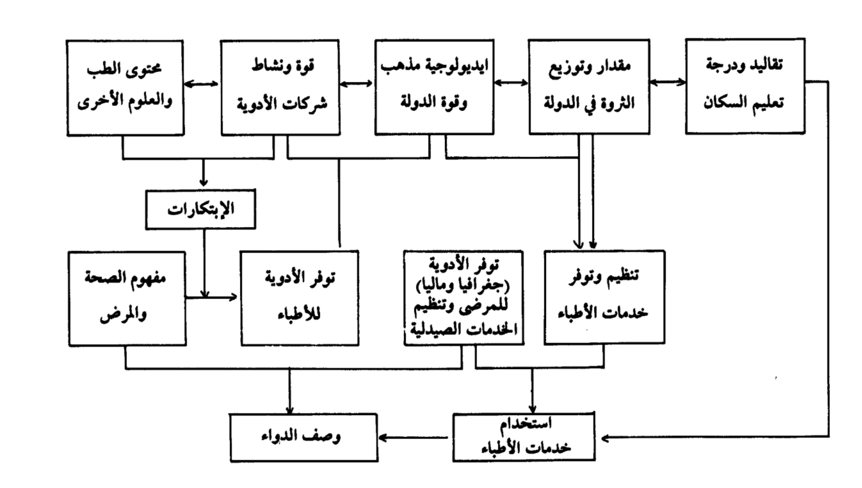
ولكن يوحي ما يلاحظ في دول عديدة بأن هذه الحالة المثالية غير موجودة عمليا. والمعروف عن أجزاء المنهاج الدراسي التي من شأنها رفع مستوى الوصف السليم قليل. ويبدو أن الإهتمام في التدريب الأساسي يتركز في الوقت الحالي على الأسس الحيوية (Biological) للأمراض وكيفية تشخيصها. أما تعليم العلاج، بما فيه وصف الدواء، فهو أقل انضباطا، وغالبا ما يتعلم الطلاب بملاحظة تصرف أساتذتهم في الحالات المرضية بالمستشفيات وليس من خلال المناقشات النظرية النقدية لمبادىء العلاج. ولدى بعض المدارس الطبية مقررات جيدة في علم الأدوية (Pharmacology) وعلم الأدوية السريري (Clinical Pharmacology)

ولكن يميل التدريس في هذه المقررات إلى التركيز على الأدوية في حد ذاتها، وليس كجزء من العلاج، وعلاقتها بالعلاجات البديلة (Alternative Treatments).

وثمة مشكلة أخرى متعلقة بصفة خاصة بالتعليم المستمر وهي تأثير المعلومات من المصادر التجارية. ففي كثير من الدول، تهتم شركات الأدوية بمواردها الضخمة، بتنظيم التعليم المستمر. وإذا تضاربت المعلومات من المصادر التجارية وغير التجارية فهناك ميل لتفضيل الأولى. توجد علاوة على ذلك، مشكلة أخرى، وثيقة الصلة بمشكلة الموارد، وهي اضطلاع شركات الأدوية بالتعليم المستمر «غير التجاري». ففي كثير من الدول حيث تكون الحاجة إلى مثل هذا التعليم شديدة، والموارد المتاحة للمدارس الطبية أو للمعاهد غير التجارية الأخرى محدودة، تبدي شركات الأدوية استعدادا كبيرا لتقديم المساعدة. ويصبح نتيجة لذلك، قدر كبير من التعليم المستمر «غير التجاري» خاضعا جزئيا للتنظيم والتمويل من جانب شركات الأدوية، ويصبح التمييز بين المعلومات التجارية وغير التجارية غير واضح. وفضلا عن ذلك، يعتمد الكثير من المجلات الطبية على شركات الأدوية فيما يتعلق بالدعم المالي، وهذا قد يؤثر على محتوياتها.

والمشكلة الأخيرة هي مشكلة النظرية التعليمية. فغالباً ما يبدو أن البرامج غير التجارية تعتمد على افتراض أنه إذا تم اكتساب المعرفة، فإن السلوك سوف يتغير تبعا لذلك. غير أن الدلائل من مجالات متعددة قد بينت أن العلم بالحقائق والمبادىء ليس ضرورياً ولا كافياً كسبب للتغيير في السلوك وهناك مثال مثير للانتباه على هذا يقدمه فابس وهيدزوفيش (١٩٨٣)، اللذان وجدا أنه بينما يعتقد العديد من الأطباء أن الحمى (Fever) ما هي إلا آلية دفاعية (Defence Mechanism) وبالتالي لا تتطلب علاجا، إلا أن كثيراً منهم صرح باستخدام وسائل قوية لإنقاص الحمى عند الأطفال.

وعلى الرغم من هذه المشاكل فإن التدريب غير التجاري، إذا ما أنجز بمهارة، فإنه قد يكون ذا تأثير قيم على ممارسات وصف الدواء (Alexander et al.,


تقاليد ودرجة تعليم السكان
مقدار وتوزيع الثروة في الدولة
ايديولوجية مذهب وقوة الدولة
قوة ونشاط شركات الأدوية
محتوى الطب والعلوم الأخرى
الإبتكارات
تنظيم وتوفر خدمات الأطباء
توفر الأدوية (جغرافيا وماليا) للمرضى وتنظيم الخدمات الصيدلية
توفر الأدوية للأطباء
مفهوم الصحة والمرض
استخدام خدمات الأطباء
وصف الدواء

1983, Avon & Soumerai 1983, Gehlbach et al., 1984, Klein et al., 1981, Schaffiner et al., 1983) وثمة نتيجة مثيرة وهي أن مواجهة الطبيب أو الطبيبة بما وصفه بالفعل من أدوية ومقارنة ذلك بالممارسات الوصفية للأطباء الآخرين، من شأنه أن يؤثر تأثيرا كبيرا على وصف الدواء.

(Douglas et al., 1982 Hamley et al., 1981, Rosser et al., 1981, Rosser 1983)

وقد يتأثر وصف الأدوية النفسانية التأثير (psychoactive) بصفة خاصة بالتدريب. فكثير من الأطباء يشعرون بعدم أهليتهم للتعامل مع الأمراض العقلية، وربما كان التدريب في هذا المجال بالإضافة إلى الإرشادات العلاجية أكثر فعالية من التدريب في مجالات يشعر فيها الأطباء بكفاءتهم ولهم فيها وسائلهم العلاجية المكرورة الخاصة التي يرضون عنها. فالتعرف بطريقة صحيحة على المرض النفسي وتحويل المرضي على نحو صحيح للرعاية التخصصية جانبان هامان لذلك التدريب.

وقد يكون التدريب هو الطريقة الرئيسية المستخدمة للتأثير على وصف الدواء، وقد يستخدم مقترنا بطرائق أخرى. فعلى سبيل المثال، بعد إتمام التدريب على كيفية علاج مشكلة ما ووصف الدواء، قد يكون الأطباء على استعداد لتقبل الإجراءات الرقابية (Control measures) والعمل وفقا لذلك. ويمكن توجيه التدريب إلى واصفي الدواء على نحو فردي أو، وهو الأكثر فعالية، إلى أطباء رئيسيين ذوي مكانة مرموقة، الذين يقومون بنشر المعلومات كقدوة للآخرين وبطرائق غير رسمية (انظر الجزء الخاص بالزملاء والمهنيين الصحيين الآخرين).

صناعة الدواء

لصناعة الدواء تأثير رئيسي على وصف الدواء، وذلك نظرا لأن القرارات التي تتخذها الصناعة بشأن الأبحاث والتطوير والإنتاج والتوزيع تؤثر على توافر الأدوية، وكذلك نظرا للدور المهيمن الذي تلعبه في نشر المعلومات (Avorn et al., 1982, Jensen, 1983, Srickland - Hodge & Jepson, 1982) فمنتجو الأدوية

يستثمرون ١٥ ـ ٢٢٪ من عائد المبيعات في الترويج للأدوية Drug Promotion (Lall, 1981). وتبين المعلومات الموضحة والتي يتكرر ذكرها من السويد، حيث تقوم الدولة بتمويل معظم تكاليف تدريب العاملين بالصحة، أنه في أوائل السبعينات، بلغت جملة المبالغ التي أنفقها منتجو الدواء على نشر المعلومات ما يقرب من تكاليف التدريب الطبي (جدول ٥) (Lilja, 1975 p.55) وبالرغم من أن هذه المعلومات قد مضى عليها أكثر من ١٠ سنوات إلا أن الوضع في السويد لم يتغير على ما يبدو.

وقد قام باليسانو وايدلشتين (١٩٨٠) بمقارنة تكاليف الترويج للدواء في الولايات المتحدة بتكاليف الرعاية الصحية بالنسبة للشباب الأمريكي. ففي السبعينات، أنفق منتجو الأدوية ما يقدر بثلاثة آلاف دولار لكل طبيب في السنة على الترويج للدواء، بينما أنفق على الرعاية الصحية بالنسبة للسكان دون سن التاسعة عشرة ٢١٢ دولاراً لكل شخص في السنة الواحدة. وتبرز هذه الأرقام التفاوت بين المبالغ التي ينفقها المنتجون على الترويج للأدوية والتي تنفقها الحكومات أو غيرها على الرعاية الصحية. وفي حين أن اشتراك منتجو الدواء في نشر المعلومات له جانبه النافع، إلا أنه يفسح المجال لممارسة الضغط من أجل أغراض تجارية صرفة.

ولصناعة الدواء قنوات تأثير متعددة، المباشرة منها وهي الأكثر وضوحا: الإعلان بالبريد وفي الصحف، المجلات، الروزنامات، البيانات المصورة، إلخ . . . مندوبو الدعاية الصيدلانيون (المندوبون المفضّلون)، معارض الأدوية، العينات الدوائية، التخفيضات على الأدوية، أدوات مساعدة المرضى، ومختلف أنشطة العلاقات العامة (مثل الرحلات، الحفلات والهدايا) أما القنوات غير المباشرة وهي أقل وضوحا، غير أنها قد لا تقل أهمية: تمويل البحث الطبي ودعمه بكافة الوسائل، تمويل المجلات والجمعيات الطبية، تمويل وتنظيم التدريب الطبي، وخصوصاً التدريب في مرحلة الدراسات العليا، إنتاج المواد التعليمية، الإتصالات الشخصية والعلاقات بين الرواد من الأطباء وشركات الأدوية. ولا

يوجد سوى بضعة تقارير (Miller, 1974) تضم محاولات لتقدير تأثير صناعة الدواء تقديراً كمياً. ويقوم منتجو الأدوية بإجراء هذه الدراسات بانتظام غير أنه لا يكشف النقاب عن نتائجها بصفة عامة. ويبدو أنه في كثير من الدول، يلعب مندوبو شركات الأدوية دوراً هاماً (Hemminki & Personen, 1977)، وهذا ما يحدث حقيقة في الدول النامية بصفة خاصة. فعلى سبيل المثال، في البرازيل، كان هناك مندوب صيدلاني (Pharmaceutical Representative) لكل ثلاثة أطباء في السبعينات (جدول ٦).

جدول (٥)

الإنفاق على الترويج التجاري للأدوية وعلى بعض الأنشطة الأخرى، السويد، ١٩٧١ - ١٩٧٣[أ]

البند	التكلفة[ب]	السنة
● التدريب الطبي الأساسي	١٦٣,٦	١٩٧١ - ١٩٧٢
● الترويج التجاري للأدوية	١٥٢,٩	١٩٧١
● التدريب البعد يتخرجي	١,٨	١٩٧١ - ١٩٧٢
● ترويج المعلومات الدوائية بواسطة مجلس الصحة والشئون الإجتماعية	٠,٨٥	١٩٧٣

(أ) المصدر: Lilja, 1975 P. 55

(ب) بملايين الكرونورات السويدية.

جدول (٦)

نسبة المندوبين الصيدلانيين إلى الأطباء في بعض الدول[أ]

الدولة	السنة	النسبة
بنجلاديش	؟	١/٧
البرازيل	١٩٧٠ / ١٩٧٤ ـ ٧٥	١/٣
فنلندة	١٩٧٥	١/١٧
المكسيك	١٩٧٢ / ١٩٧٤ ـ ٧٥	١/٤
نيبال	١٩٧٩	١/٣
النرويج	١٩٧٤	١/٣٢
السويد	١٩٧٤	١/٢٤
المملكة المتحدة	١٩٧٠	١/١٨
	١٩٨٢	١/٨
جمهورية تانزانيا المتحدة	؟	١/٤
الولايات المتحدة الأمريكية	١٩٧٠	١/١٤
	١٩٧٤ ـ ١٩٧٥	١/١٠

(أ) المصادر : Hemminki & Personen, 1977 , Melrose, 1982, Silsesman & Lydecker, 1981, . and Medawan, 1984

وقد بينت بعض الدراسات أن غالبا ما يكون للأطباء الرواد صلات بصناعة الدواء ويعملون من خلالها، مثل الخدمة في المجالس الإدارية أو العلمية، (Hemminki & Personen, 1977 b, Nilson, 1980) ونفس هؤلاء الأطباء يقومون بإجراء الأبحاث، والتدريس لأطباء آخرين، وتحرير المجلات الطبية، والخدمة في اللجان الطبية والهيئات المسئولة عن تعويض نفقات التكاليف الصحية، وقد يكونون في وضع يسمح بالتأثير في السياسة الصحية والدوائية للدولة المعنية.

وثمة قناة هامة أخرى من قنوات تأثير منتجي الدواء، والتي لم يدرس تأثيرها بالقدر الكافي، وهي تمويل البحث الطبي. فلهذا التمويل تأثير كبير على موضوعات الدراسة، كيفية الدراسة، والقائمين بها، وقد يكون لهذا، على المدى الطويل، تأثير عميق على كل من المعرفة الطبية وممارسة الطب.

وصناعة الدواء هامة ليس فقط بسبب مدى تأثيرها، ولكن أيضا بسبب الاتجاه الذي يمارس فيه هذا التأثير (ولدراسة حالة، أنظر Hemminki, 1977). إن هدف منتجي الدواء هو تحقيق الربح، ويمكن إنجاز هذا إما ببيع أدوية أكثر، أو بيع الأدوية بأثمان مرتفعة (أو كلاهما) ولهذا، فإن مصالحهم قد تتعارض مع الحاجة إلى تقديم أفضل علاج ممكن لمرض ما. وكثير من الناس قلقون بشأن محتوى المواد الترويجية الدوائية التجارية. وقد بدأت هيئات الرقابة على الأدوية في عدد من الدول في تنظيم قنوات التأثير المباشر. غير أنه، عندما تتم السيطرة على هذه القنوات، قد تقوم صناعة الدواء بزيادة استثمارها في القنوات غير المباشرة، التي قد تصبح أكثر تأثيراً وأصعب إخضاعاً للمراقبة.

لقد عُنيت المناقشة حتى الآن بالأدوية بشكل عام. وما تنفرد به أدوية علاج الأمراض العقلية هو كلية الإصابة (Ubiquitousness) بتلك الإضطرابات، طبيعتها الإنتشارية ونقص المعرفة بها. وقد أتاح ذلك بشكل خاص الظروف المواتية لمنتجي الدواء لممارسة تأثيرهم، وكثير من المشاكل التي تمت مناقشتها أعلاه تتفاقم في حالة الأدوية النفسانية التأثير.

الهيئات الصحية وأنظمة التأمين الصحي

تستطيع السلطات الصحية أن تؤثر على وصف الدواء وذلك من خلال تخطيط وتنظيم الخدمات الصحية (بما في ذلك توفر الموظفين الصحيين والوصول إليهم)، التدريب بعد التخرج والتدابير الرقابية وسوف تقتصر المناقشة هنا على هذه التدابير. يمكن أن تتخذ التدابير الرقابية أشكالاً عدة، منها تنظيم أبحاث الدواء، توافر وتسويق (Marketing) الأدوية، والإنفاق عليها. ويمكن توجيه التدابير إلى منتجي الدواء، والمستوردين والأطباء، وكذلك إلى الأدوية ذاتها. وفيما

يختص بتأثير التدابير الرقابية على وصف الدواء، فإن المسألة ليست مسألة وجود تأثير لهذه التدابير أم لا ولكن بالأحرى ما منها يحدد إن كانت هذه التدابير مأخوذ بها أم لا وإن كانت التأثيرات الناتجة هي المقصودة أم لا. ومن الواضح أنه في حالة وجود دواء غير مرخص به، فإنه لن يكون متاحا بشكل عام كما أنه لن يتم وصفه على نطاق واسع. وبالمثل، فإن تأثيراً ما سوف يتحقق إذا اعتبرت مواد الترويج لدواء ما خارجة عن آداب المهنة وتم حظرها.

وعلى الرغم من أن التدابير الرقابية تتيح وسيلة مفيدة للتأثير على ممارسات وصف الدواء نظريا، إلا أن المسألة في حقيقة الأمر معقدة وصعبة أيضا. أولا، من المقبول بشكل عام، أنه قبل إدخال التدابير الرقابية ينبغي أن يكون المبرر لذلك قد ترسخ بشدة.

يختلف الوضع هنا عما يحدث في التدريس على سبيل المثال، حيث يكتفي المعلم بإبداء رأي ما ويترك القرارات النهائية للأطباء المعنيين.

فعلى العكس من ذلك، فإن إدخال تدابير رقابية يعني ضمنيا أن هناك قرارات سوف تسري على آخرين، ومن ثم سوف يكون المبرر لها مفتوحا للتحدي. ثانيا، فإن الهيئات الرقابية سوف تتجرد من قوتها إن لم يعطها المجتمع السلطة والموارد الضرورية، وإن كانت هي نفسها لا ترغب في ممارسة الرقابة أو لا تعرف كيف تمارسها. ومن ثم، فإن السؤالين الحاسمين هما ما هي الظروف التي يمكن فيها تنفيذ تدابير رقابية جيدة، وما هي التدابير الرقابية الجيدة؟ والدراسة التي أجراها بروم (١٩٨٣) قد ألقت بعض الضوء على الوضع في بعض الدول.

وقد وصفت الرقابة الدوائية المركزة أي ترخيص الأدوية، في تقارير لفالكوم وآخرين (١٩٨٣) وهمينكي وفالكوم (١٩٨٠)، كما أن هناك أمثلة لتأثير التدابير الرقابية الفردية على وصف الدواء، تمّ تقديمها في مقالة بقلم زيجلر وآخرين (١٩٨٤).

ويؤثر على وصف الدواء ليس فقط أنواع الدواء المرخص به بل أيضا إجمالي عدد الأدوية المتداولة في السوق. فكلما قل عدد الأدوية المتاحة، كلما كان أسهل على الطبيب أن يألفها وأن يتعامل مع العوامل غير الطبية، مثل الترويج التجاري للأدوية. ومما يؤسف له أنه لم تجر أي دراسات عن العلاقة بين عدد الأدوية في السوق وممارسات وصف الدواء، بيد أن هناك دراسة تمت في فنلندة (Hemminki et al., 1984) تثير الاهتمام، حيث أنه في دولة يوجد بها حوالي ٢٢٠٠ صنف دوائي، لا يعرف الكثير من الاطباء تركيب الأدوية التي قاموا بوصفها، وخصوصا إذا كانت المنتجات الموصوفة تحتوي على أكثر من مكون فعال واحد.

وقدم تم في بعض الدول تطوير نظام لتعويض تكاليف الدواء، أما من خلال الدولة أو مشروعات التأمين الصحي الخاصة، وذلك للتخفيف من الأعباء المالية على المرضى. ولكن إذا كان هذا التعويض انتقائياً، أي إذا لم يتم تعويض تكلفة جميع الأدوية بالمثل، فإن ذلك من شأنه أن يؤثر تأثيرا على ممارسة وصف الدواء. فقد يميل الأطباء، إما بدافع من أنفسهم أو بتحريض من مرضاهم أو إدارييهم، إلى اختيار الأدوية التي سوف يتلقى المرضى عنها الحد الأقصى من التعويض. وفضلا عن ذلك، فإن ادراج ما في قائمة التعويض قد يكون في صالح هذا الدواء، حيث أنه سوف يعتبر دواءً «مقبولا رسميا».

وتعتبر لجان الأدوية صورة مصغرة من هيئات ترخيص الدواء. فهي قد قامت بصياغة كتيبات الوصفات Formularies التي تحدد على المستوى المحلي (أي في مؤسسة أو منطقة ما) أي الأدوية يمكن وصفها، أو أي الأدوية يجب أن يعطى الأفضلية (Bomann- Larsen, 1983; George & Hands, 1983) وعلى خلاف هيئات الترخيص، فإن لجان الأدوية عادة لا تكون في حاجة إلى تفسير قراراتها لمنتجي أو مستهلكي الأدوية، ويقوم بإدارتها أطباء يعملون في المؤسسة أو المنطقة المعنية. وبالتالي، فهي تتمتع بالمرونة في اتخاذ القرارات غير أنها عرضة أيضا للضغوط الخارجية، مثل الترويج التجاري للأدوية. ويمكن للجان الأدوية أن تمارس تأثيرها بالحد من توافر الأدوية، وبأن تجعل معايير انتقاء الأدوية أكثر تحديدا.

الزملاء والمهنيون الصحيّون الآخرون :

إن كلمة «زملاء» في هذا السياق تعني أطباء يعملون في وظائف مشابهة، وقد بين العديد من التقصيات أن آراء وتصرفات الزملاء هي بمثابة تأثيرات هامة على وصف الدواء. فقد يمارس الزملاء تأثيرهم من خلال القدرة الشخصية والمناقشات والنصائح الودية، أو من خلال الوسائل الادارية، مثل كتيبات الوصفات (Formularies) (انظر عالية)، دراسة وصف الدواء الالزامية، استخدام نماذج خاصة لوصف الدواء، والقرارات التي تصدرها الجمعيات المهنية.

(Christensen & Bush 1981; Duslin et al., 1981; Gehlbach et al., 1984, Green & Dupont, 1973; Hubes et al., 1982)

ويقوم الأطباء بدور «القيمين» على المستويين القومي والمحلي، فأراءهم وممارساتهم تنتقل إلى زملاء آخرين يعملون معهم، وللأطباء بصورة عامة كذلك، إذاما قرروا نشر وجهات نظرهم في النشرات العلمية (Literature). وهؤلاء الأطباء يعملون في أغلب الأحوال كمعلمين وفي الهيئات الرقابية، أو في إطار صناعة الدواء. أما تأثير المهنيين الصحيين غير الأطباء، مثل الممرضات والصيادلة، على وصف الدواء من قبل الأطباء، فلم يدرس إلا بقدر ضئيل، بيد أن بعض التقصيات (Miller, 1974) والملاحظات في الممارسة العملية تفيد بأنه قد يكون للمرضات في المستشفيات تأثيرا ملحوظا على وصف الأدوية لمعالجة الأعراض المرضية، ولكن تأثير الصيادلة ضئيل. غير أنه بالنظر إلى الاهتمامات السريرية للصيادلة في بعض الدول (Burkle et al., 1982, Thompson et al., 1984; Schoeizint et al., 1982) واشتراكهم على نحو متزايد في لجان الأدوية وغيرها من الأجهزة الرقابية، فإن تأثير الصيادلة قد يزداد في المستقبل.

المرضى:

أن الصفات غير الطبية للمرضى التي من شأنها أن تؤثر على وصف الدواء هي خصائصهم الشخصية منفصلة أو بالنسبة لخصائص الطبيب، ومتطلباتهم وما

يتوقعونه من العلاج. ويعد السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، دور الاسرة (على سبيل المثال، تربية الأطفال، العمل خارج المنزل، تركيب الاسرة، التعليم والعرقية) بعض خصائص المرضى الهامة. . وفي حالة الأدوية النفسانية التأثير، كان أكثر ما درس من خصائص المريض هو جنس المريض، فالأطباء يميلون إلى وصف الأدوية النفسانية التأثير أكثر للإناث من المرضى، وفرط الوصف النسبي هذا لا يبدو قابلا للتفسير بالعوامل الطبية. (Cafferata et al., 1983, Cooper-stock & Hill, 1982)

ومن الممكن أيضا أن تؤثر خصائص المرضى الأخرى وبعض ملامح العلاقة بين الطبيب والمريض على وصف الدواء، علما بأن عدداً قليلا من الدارسات قد أجرى على هذه الجوانب. فعلى سبيل المثال، قد تكون ثقة المريض في طبيبة أو طبيبته، وسهولة الاتصال بين كل منهما والآخر ذات أهمية. فالأطباء في كثير من الأحيان يقولون أن المرضى يطلبون أدوية، وأنه من الصعب مقاومة ضغط المرضى. وهذا هو بالتأكيد ما تم ادعاؤه بالنسبة للصادات (antibiotics) (المضادات الحيوية)، ويقال أيضا أنه يؤثر على وصف الأدوية النفسانية التأثير. إن تأثير ضغط المرضى لم يتم تدعيمه بالوثائق في الكتابات الحديثة عن الموضوع، وهناك ما يفيد بأن هذا التأثير مبالغ فيه. فتأثير المرضى، في الواقع، قد تخلقه عادات الطبيب الوصفية. ومن ثم، إذا وجد المرضى أن زيارتهم لطبيب ما تنتهي عادة بوصفة طبية، فإن هذه التجربة تقوى من توقعاتهم. وثمة مشكلة أخرى تتمثل في المرضى الذين يحومون حول الأطباء لوصف الأدوية النفسانية التأثير التي يعقدون العزم على الحصول عليها، ويحدث هذا عادة إما بسبب الاعتماد على الدواء أو لكسب المال ببيع الأدوية.

ولا يبدو أن هناك أي دراسات قد أجريت عن تأثير عامة الناس الآخرين، مثل الأقارب وأصحاب الأعمال، ولكنه من الممكن جدا أن يؤثر الأقارب على وصف الدواء، ولا سيما في حالة المرضى الذين لا يتحملون مسئوليتهم عن أنفسهم بصورة تامة، مثل الصغار والمتقدمين جدا في السن.

خصائص الطبيب وظروف العمل:

يعتمد مفعول التأثيرات الأخرى على وصف الطبيب الواحد للدواء على خصائص الطبيب أو الطبيبة وظروف العمل. وخصائص الطبيب تشمل كل من الخصائص غير المهنية (مثل السن، الجنس، والشخصية)، و خصائص مهنية (مثل التخصص، الثقافة، والخبرة). والنتيجة الوحيدة المنشورة فيما يختص بتأثير خصائص الطبيب على وصف الدواء هو أن هذا التأثير موجود (Haaye, 1982, Hadsall et al., 1982; Hartzema & Christensen, 1983, Heiman & Wood, 1981, Keele & Freeman, 1983; Peay & Peay.. 1984, Rudestam & Tarhell, 1981; Segal & Hepler, 1982; Staundenmayer & Lefkoivitz, 1981)

غير أنه من الصعب بلورة أي استنتاجات، نظرا لأن المعلومات المنشورة والمتاحة قليلة جدا، فقد واجهت الدراسات مشاكل منهجية، والنتائج في أغلب الأحوال غير قابلة للتطبيق بصفة عامة، فالقدرة على تشخيص الأمراض العقلية أمر هام، حيث أنها سوف تؤثر على وصف الأدوية النفسانية التأثير ويمكن اكتساب هذه القدرة أثناء التدريب غير أنها تعتمد أيضا على عوامل متصلة بالشخصية، مثل الانبساط (extroversion) (انصراف الاهتمام إلى ما هو خارج بالذات) والثقة بالنفس. وثمة عامل لم يدرس إلا قليلا، ولكنه قد يكون ذا أهمية في بعض الدول، وهو مدى استعمال الاطباء أنفسهم للأدوية النفسانية التأثير (Stimson et al., 1984)

وهناك خاصية هامة أخرى وهي نظرة الطبيب إلى دوره وتقاليد مهنته. فحق وصف الدواء والعلم بكيفية وصفه كان على نحو تقليدي بمثابة دليل هام على المنزلة المهنية. ولا يزال حتى الان امتيازا هاما للأطباء، يميزهم عن عامة الناس. إن مدى الحاجة إلى رفع المنزلة المهنية له أهمية في تحديد صورة الممارسات الوصفية. كما أن ضغط العمل والوقت المتاح لكل مريض وللمهام الأخرى، تعد أيضا عوامل هامة تحدد شكل الممارسات الوصفية، هذا بالاضافة إلى توافر العلاجات البديلة وقابليتها للتنفيذ العملي وكذلك التحويل إلى الاخصائيين. وفي كثير من الدول، يثقل كاهل الأطباء بمعلومات دوائية مفككة ومتميزة في أغلب

الأحوال يقوم بتقديمها منتجو الأدوية. وقد تكون خصائص الطبيب والظروف المتصلة بتناول هذه المعلومات ذات أهمية حاسمة في وصف الدواء.

الوضع عموما

تم فيما سبق وصف العوامل المختلفة التي تؤثر على وصف الدواء، غير أن أهمية كل عامل على حدة تعتمد على السياق. ما هي الظروف التي تحدث فيها عملية وصف الدواء (بالنسبة للعوامل التي تتحكم في وصف الدواء، انظر شكل (٢)، ما هي العوامل الفردية الأخرى، ما هو المرض الذي يتم علاجه وما هو الدواء الذي يستعمل؟ قد يفسر هذا الموقف المعقد، على سبيل المثال، لماذا لا تظهر الكتابات المنشورة عن الموضوع أي صورة مترابطة لتأثير خصائص الطبيب. وهناك تباين ملحوظة في وصف الدواء بين دولة وأخرى (Hemminki, 1970, 1976)؛ ويصعب تفسير الكثير من هذا التباين على أساس عوامل طبية صرفة أو أي عامل مفرد غير طبي. وقد قدم Hemminki (١٩٨٤) مثالا لهذا التباين مع نوع المرضى. وبالرغم من ان صناعة الدواء تعتبر عادة من المؤثرات الهامة على وصف الدواء، فهذا لم يبدو منطبقا في حالة وصف مدرات البول أثناء الحمل في فنلندة.

الملامح الخاصة للدول النامية

كما أشير إليه في المقدمة، تعتمد الكتابات المنشورة عن وصف الدواء على التجربة في دول رأسمالية متقدمة، بيد أن كثيرا من الاستنتاجات تنطبق على الدول النامية غير الاشتراكية كذلك. فكثير من الدول النامية يعد في بعض النواحي صورة غير واضحة للدول المتقدمة (Gustafsson & Wide 1981; Medawan, 1979; Medawan & Freese 1982; Patel, 1983).

إن حصة الأدوية من ميزانية الصحة في الدول النامية تزيد كثيرا عنها في الدول المتقدمة (Patel, 1983, P. 197). ونظرا للطبيعة الدولية للطب وتسويق الدواء، فإن كثيرا من مشاكل وصف الدواء متشابهة في كلا النوعين من الدول.

وقد أدى نقص الموارد القومية، وتخلف الرعاية الصحية والتدريب الطبي والرقابة على الأدوية والتدخل النشيط لمنتجي الأدوية الأثرياء الأجانب مجتمعة إلى تأثر الأطباء بشدة بالترويج التجاري للدواء (Beasdshaw, 1983; Lall & Bibile, 1978; Silverman, 1976; Silverman & Lydecher, 1981; Silverman et al., 1982)

الاستنتاجات:

إن كفاية المعلومات حول العوامل المؤثرة على وصف الأدوية النفسانية التأثير يعتمد على الغرض الذي سوف نستعمل المعلومات من أجله. فإذا كان الهدف هو فهم ظاهرة وصف الدواء، فإن المعلومات تعد غير كافية من نواح عدة. وعلى سبيل المثال، فإن الجانب السلوكي لوصف الدواء مفهوم بقدر ضئيل فقط، وما هو معروف عن احتمالات التقوية، والصفات الحافزة لعملية وصف الدواء، أو عواقب وصف الدواء، قليل جدا، أما إذا كان الهدف هو صياغة سياسة للدواء والرعاية الصحية، فإن المعلومات الموجودة عن عوامل معينة تعد ذات فائدة. وجدير بالذكر أن تلك العوامل التي يمكن تعديلها بسهولة بواسطة اجراءات إدارية، مثل الترويج التجاري للأدوية، والتدريب ومدى الرقابة معروفة أكثر من غيرها من العوامل التي لا يمكن تعديلها بنفس السهولة، وفي كثير من الدول، يمكن أن تبدأ التدخلات التي تهدف إلى تحسين وصف الدواء بدون مزيد من الدراسات عن العوامل القابلة للتعديل بسهولة. غير أن هناك حاجة ملحة للدراسات حول أفضل خطط التدخل(Intervention)والمشاكل التي تعقب مثل هذا التدخل. كما أن هناك حاجة لدراسة نوازع وسلوك صانعي القرار. وإن كان النقص الظاهري للدراسات حول العوامل التي تؤثر على وصف الدواء في الدول الاشتراكية لا يرجع إلى حواجز لغوية أو مشاكل تؤثر على اتاحة التقارير، فقد تكون هناك حاجة لتشجيع البحث في مجال سلوكيات وصف الدواء في تلك الدول. كما أن الدراسات المقارنة عن ممارسات وصف الدواء في مختلف الدول قد تتمخض أيضا عن معلومات قيمة.

* * *



الفصل الرابع

مباديء الوصف الرشيد (Rational Prescribing)

يميل التدريب بكليات الطب إلى التركيز على تشخيص وعلاج الحالات المرضية، ولكن عندما يتخرج الطبيب وينخرط في عالم الممارسة السريرية، فإن مرضاه قد يواجهونه بشكاوى متصلة بالحالات المرضية المعروفة بنسبة أقل من شكواهم من التوتر (Tension)، والأرق (Insomnia)، وأنواع الصداع المختلفة، والأعراض الاكتئابية، والقلق (Anxiety) وما شابه ذلك مما يعكس كرب (Stress) الحياة ولا يمثل جزءا من أي من الأمراض المعروفة. وقد يؤدي نقص التدريب على كيفية التعامل مع هذه الشكاوي إلى ممارسات وصفية ضعيفة. وإضافة إلى ذلك، فإن الأطباء في كثير من الأحيان لا يتلقون تدريبا على كيفية التعامل مع المرضى الذين يسيئون استعمال الدواء أو الذين يسعون للحصول على الدواء لغرض الانسمام (Intoxication) أو ربما للبيع بصفة غير قانونية.

وفي هذا الباب، يتم استعراض مباديء الوصف السليم أولا، استجابة للمرضى الذين يشتكون من كرب الحياة، وثانيا استجابة للمرضى الذين تتصل شكواهم بحالات مرضية، وأخيرا، «دائمي التردد على الأطباء»، (Doctor Shoppers).

وصف الأدوية للمرضى المحتمل معاناتهم من الكرب (Stress)

إن أهم قرار أساسي ينبغي اتخاذه فيما يتعلق بالقلق أو الشكاوي البدنية التي يتم تشخيصها كتعبير عن الكرب أكثر منها تعبيرا عن حالات مرضية أو كليهما، أن وصف أدوية أو الأخذ ببعض الوسائل الأخرى للاستجابة إلى

الكروب المعنية.

وتصبح الوسائل غير الدوائية، في أكثر الأحيان، مثل الاستشارة (Coun-selling) عملية وفعالة على حد سواء وبعيدة عن خطر سوء استعمال الدواء، أو الاعتماد على الدواء. وينبغي أن يستند قرار العلاج باستعمال الأدوية، على التقرير السريري بأن موارد المريض النفسية والاجتماعية قد أصيبت بالفعل أو أصبحت عرضة للاصابة بالارتباك، وعلى سبيل المثال، فإن عدم القدرة على النوم لفترة ممتدة عقب وفاة شخص عزيز حالة نموذجية للحالات التي ينبغي فيها النظر للعلاج الدوائي للأرق بعين الاعتبار. والسؤال السريري هو: هل يستطيع هذا المريض، في إطار الموارد المتاحة، أن يستعيد توازنه بدون علاج دوائي؟ وإذا كان الجواب بالايجاب، وخصوصا مع قدر من المعاناة يمكن تحمله نسبيا أو بقدر قليل نسبيا من المشقة، فمن الصواب استعمال وسائل غير دوائية. ويمكن تجربة الاستشارة أو الاشتراك مع آخرين ممن يعانون من كرب الحياة في مجموعات العون الذاتي (Self - Help)، أو وسائل أخرى تمت مناقشتها في مواضع أخرى من هذا الكتاب وذلك قبل اللجوء إلى المعالجة الدوائية (Drug Therapy). أما إذا كان الجواب بالنفي، فيصبح السؤال السريري التالي هو: ما هي الأخطار التي يتعرض لها المريض من جراء العلاج باستعمال الأدوية النفسانية التأثير Psychoactive سوف ينبعث من التقييم.

وينبغي أن تؤخذ المبادىء التالية بعين الإعتبار، إذا ما تقرر علاج مريض ما بالأدوية إستجابة لأعراض متصلة بكرب الحياة:

١ ــ ينبغي أن يكون هناك عرض أو أعراض محددة بوضوح من المعروف أن الدواء يؤثر عليها، مثل الأرق، أو القلق، أو التململ (Restlessness) أو ما شابه ذلك.

٢ ــ ينبغي أن يكون واضحاً لدى المريض أن العلاج يستغرق مدة زمنية محدودة، على سبيل المثال، حتى تستعيد الوسائل الدفاعية الطبيعية سيطرتها. وقد ترتبط هذه المدة بخواص مفعول الدواء المستعمل، فعلى سبيل المثال،

يستغرق حدوث الإعتماد على البربتيورات من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع ؛ كما أن الإعتماد البدني على البنزوديازيبينات ممتدة المفعول، في حدود الجرعات العلاجية، قد يبدأ بعد حوالي (٢٠) أسبوعاً وذلك بالنسبة لمريض لم يسبق له فرط استعمال الكحول أو استعمال مخمدات الجهاز العصبي المركزي (CNS Depressants). ويعد هذا بمثابة نافذة طبيعية لمفعول الدواء، ويبين أنواع العوامل التي تحدد طول المدة. ومثال آخر هو ظهور التحمل السريع لكثير من المنومات المركنة (Sedative Hypnotics).

٣ ـ ينبغي متابعة المريض، من حيث كلا من التقدم العام، وبشكل خاص تقييم تأثيرات الدواء على العرض المستهدف. ويجب تقدير الإستجابة وإدخالها في سجلات المريض.

٤ ـ ينبغي إعلام المريض بالتأثيرات الجانبية المحتملة، مثل الأصمية الصباحية (Morning Dullness) عقب تعاطي المنومات المركنة، والتأثير على كفاءة قيادة السيارات عقب تناول المهدئات أو المنومات المركنة، والتأثيرات على الجنين في حالة حدوث الحمل أثناء فترة تعاطي المرضى الأدوية النفسانية التأثير، وانخفاض الضغط الناجم عن الفينوثيازينات، . . . الخ. وينبغي إدخال حدوث التأثيرات الجانبية والتدابير المتخذة لمعالجتها، مثل التأكيد على أنها مؤقتة أو ربما خفض الجرعة، في سجلات المريض.

٥ ـ ينبغي أن يكون الطبيب على بينة من جميع الأدوية، الطبية وغير الطبية، التي يتعاطاها المريض والتفاعلات المحتملة، على سبيل المثال، بين الكحول والأدوية ذات الخواص المركنة. ويعد التآزر (Synergism)، والتأثير التضاعفي (Multiplicative Effect) للأدوية عندما تؤخذ في نفس الوقت، إحتمالاً ينبغي أن يحذره الطبيب دائماً. وكثير من الأدوية التي يتم تعاطيها لعلاج حالات مختلفة، مثل فرط ضغط الدم (Hypertension)، تتفاعل مع الأدوية النفسانية التأثير إما لتعزيز التركين أو لإحداث نقص ضغط الدم (Hypotension). ويعد الإطلاع على نشرات العبوات الدوائية

(Package Inserts) كإجراء روتيني ممارسة جيدة في هذا الصدد. كما تحتوي الدراسات المرجعية الأخرى على معلومات حول التفاعلات الدوائية.

٦ ـ يتعين على الطبيب مراقبة استعمال وسوء استعمال (Misuse) الأدوية، وأن يستفسر بشكل خاص عن وقت تعاطي المريض للدواء وكمية ما تم تعاطيه منه. وإنه لمن المألوف أن تتباين مطاوعة (Compliance) المريض. ويجب أن يكون الطبيب يقظا دائما لإحتمال حدوث الإعتماد البدني أو النفسي أو كليهما. وإحتمال الحصول على الأدوية للبيع أو الانسمام (Intoxication) أو كلٍ من ذلك سوف يناقش فيما بعد.

٧ ـ ينبغي وصف الدواء بأقل كمية ممكنة، بناءً على تقييمٍ لكل من الكمية المطلوبة للتأثير على العرض المستهدف، وعلى الوضع الاجتماعي، والنفسي والجغرافي للمريض. وعلى سبيل المثال، فإن المريض القادم من منطقة ريفية والذي يقوم برحلةٍ شاقة للحصول على العلاج سوف يحتاج إلى إمداده بكمية أكبر من الدواء، من مريض آخر يمكنه الوصول إلى الصيدلية بسهولة.

٨ ـ ينبغي أن يشكل أفراد الأسرة، إن أمكن ذلك، جزءاً من خطة الإدارة والمتابعة. وقد ينافق أفراد الأسرة في بعض الأحيان ويعملون معاً للحصول على الأدوية لبيعها بطريقة غير قانونية أو للانسمام (Intoxication)، غير أن هذا ليس بالشيء المعتاد فهم يلعبون عادة دورا هاما في الوصف السليم والمناظرة.

٩ ـ بالرغم من أن الانتحار أكثر شيوعاً بين المرضى المصابين باضطرابات اكتئابية قابلة للتشخيص، إلا أنه لا توجد بالضرورة علاقة بين الإنتحار ومثل هذه الإضطرابات. فغالبا ما يثير كرب (Stress) الحياة المتصاعد بسرعة الأفكار الإنتحارية والسلوك الإنتحاري. ويخاطر الطبيب الذي يصف أدوية نفسانية التأثير بالتحريض على الإقدام المحتمل على الإنتحار وينبغي أن يكون مدركا لهذا الإحتمال. ويعد ورود أفكار إنتحارية أو

الإقدام على الإنتحار في الماضي وكذلك تاريخ الأسرة من حيث الإنتحار مؤشرات هامة على سلوك إنتحاري محتمل. وينبغي سؤال هؤلاء المرضى على وجه الخصوص عن الإنتحار، كما يجب على الطبيب، إن أمكن ذلك، الحد من كمية الدواء النفساني التأثير الموصوف ووضع نظام علاجي يتضمن المناظرة السريرية (Clinical Monitoring) على فترات متقاربة وإن أمكن كذلك المناظرة بواسطة الأسرة والأصدقاء. ويجب أن يؤخذ الحديث عن الإنتحار مأخذ الجد دائماً. وعلى الطبيب أن يكون يقظا للإستجابة بإدخال المريض المستشفى في حالة تدهور الحالة السريرية لمريض يحتمل إقدامه على الإنتحار. ويزداد خطر الإنتحار في حالة وجود إضطراب بدني أو نفساني شديد ولا سيما إذا سبق للمريض أن أفرط في استعمال مادة ما.

١٠ ــ يجب على الطبيب دائما تسجيل تاريخ فرط استعمال مادة ما. فتاريخ الكحولية (Alcoholism) على سبيل المثال، غالبا ما يكون مرتبطا بالمرضى المعرضين لسوء استعمال الأدوية. ومع ذلك، فإن حدوث الكحولية أو فرط استعمال الدواء في الماضي لا يحول دون استعمال الأدوية النفسانية التأثير لعلاج اضطرابات نفسانية مشخصة، غير أن درجة المراقبة والمناظرة يجب أن تكون أكبر، كما أن هذه المناظرة يجب أن تكون على فترات أقصر مما هي عليه في حالات أخرى.

١١ ــ ينبغي استعمال الدواء أو الأدوية الأقل إحتمالا لفرط الإستعمال بالنسبة لأي من دواعي الإستعمال.

وصف الأدوية للمرضى بحالات مرضية قابلة للتشخيص

تختلف المبادىء العامة لوصف الدواء للحالات القابلة للتشخيص بدرجة كافية عن الوصف استجابة لكرب الحياة لضمان علاج منفصل. ومن ثم فإن قيد الزمن قد يكون غير ملائم تماما. فبعض الإضطرابات مثل الحالات الرهابية (Phobic States)، والإضطرابات الهلعية (Panic Disorders)، والعارضات الإكتئابية الراجعة (Recurrent Depressive Episodes) وما شابهها، قد تتطلب

علاجا طويل المدى بأدوية تجعل المريض، بدون شك، عرضة للإعتماد، مثل البنزوديازبينات وبعض مضادات الإكتئاب. ويحتاج الطبيب إلى مناظرة تلك الحالات بعناية ومناقشة إحتمال حدوث الإعتماد البدني مع المريض وأسرته. والإعتماد البدني ليس بمشكلة بالنسبة للغالبية من هؤلاء المرضى إذا ما تم إنقاص الجرعة تدريجياً عندما لا تكون هناك حاجة إلى إستعمال الدواء أو في حالة الراحة من تناول الدواء لفترة مؤقتة.

وعند النظر إلى متلازمة قابلة للتشخيص والعلاج بالأدوية النفسانية التأثير، ينبغي أن يكون الحكم مبنياً على أساس مقارنة التكاليف بالفائدة (Cost - Benefit ratio). هل سوف يعاني المريض من الإضطراب أكثر من معاناته من المخاطر المحتملة للدواء؟ في بعض الحالات، مثل الإضطرابات الهلعية (Panic Disorders) الشديدة يصبح من المعقول تقرير أن فائدة تعاطي الدواء لمدة طويلة تفوق بشكل واضح خطر الإعتماد البسيط على الدواء، حيث أن درجة الإعتماد التي تنشأ عن مستوى الجرعات العلاجية يمكن تدبرها بالمناظرة الدقيقة والإنتزاع (Withdrawal)) التدريجي البسيط. فمثل هذا الإنتزاع لا يؤدي، عادة، إلى إزعاج المريض أو سلوك البحث عن الدواء عندما تنتهي مدة العلاج الدوائي.

وثمة مشكلة أخرى موازية يحتمل مواجهتها في معالجة مرضى يعانون ألماً شديداً مزمناً من جراء مرض غير قابل للعلاج، وفي هذه الحالة يصبح الهدف هو تفريج الألم مع أقل قدر ممكن من التخدير (Obtundation) ولا يمكن تجنب حدوث اعتماد على الدواء من النوع الأفيوني (Opioid)، غير أنه في معظم الحالات ليس ذا قيمة سريرية. وأيضاً تتطلب معالجة هؤلاء المرضى معالجة سليمة، ومناظرة دقيقة لكل من تأثيرات الأدوية على الأعراض المستهدفة والتأثيرات الجانبية.

والقاعدة أنه يجب استعمال الأدوية النفسانية التأثير للأمراض القابلة للتشخيص على أساس المدى القصير أو الطويل بناءً على مدى إزمان الإضطراب. ولا يجب أن يؤدي الخوف من حدوث الإعتماد، أو فرط الاستعمال

أو إحتمال إعادة بيع الأدوية الموصوفة، إلى منع الطبيب من توفير العلاج المشار به، بل يجب أن يكون الخوف من هذه الاحتمالات حافزاً للمناطرة الدقيقة، ليس فقط لتقدم نظام العلاج ولكن أيضا للشخص الذي تم وصف الأدوية له. ومن الأهمية بمكان أيضا بالنسبة للطبيب أن يواصل الإطلاع على كل ما يكتب في الموضوع. فعلى سبيل المثال، كثير من الأدوية النفسانية التأثير مثل البنزوديازيبينات، يتم استقلابها على نحو أبطأ (More Slowly Metabolized) لدى المسنين منه لدى المرضى الأصغر سنا. وقد تم إدراك هذا على نطاق واسع في العقد الأخير فقط أو نحو ذلك.

والفرق في السن وسرعة الاستقلاب له دلالة سريرية، ويتطلب خفض الجرعة والمناطرة على فترات أقصر في المسنين منها في المرضى الأصغر سنا. فبالنسبة للأرق عند المسنين، قد يكون استعمال المركنات (Sedatives) أو الأدوية ذات الخواص المركنة، مثل الفينوثيازينات، ومضادات الهيستامين (Antihistamines)، ومضادات الإكتئاب (Antidepressants)، الخ، ٢ ـ ٣ مرات في الأسبوع بدلا من الإستعمال اليومي وسيلة لتجنب إحتمال الإعتماد البدني (Physical Dependence) مع استمرار إتاحة التفريج مما يعتبر عادة مشكلة سريرية شاقة. وهذه الإستراتيجية نفسها قابلة، بطبيعة الحال، للتطبيق في أي موقف سريري يكون الهدف منه هو تجنب الإعتماد البدني أو ربما مجرد عدم تزويد المريض بكميات كبيرة من الدواء.

وهناك عدد كبير من تفاعلات الأدوية، كما أشير إليه عاليه، تستلزم أن لا يتم وصف الدواء إلا بعد مراجعة المعلومات من التاريخ المرضي، والفحص البدني ونتائج التحليلات المعملية والتوصل إلى تشخيص للمرض، وتقييم تكاليف وفوائد علاج ما. ولا يمكن تبرير موقف محاولة تجنب الإدمان (Addiction) بأي ثمن. وعندما يحدد مثل هذا الموقف قرارات سريرية، فإنه غالبا ما يتسبب في قدر كبير من المعاناة بدون داع.

المرضى المتلاعبون

إن المصطلحين «دائمو التردد على الأطباء» و«المرضى المخادعون» المستخدمين في هذا الباب يقصد بهما أناسا لا يعانون من مرض ما، أو إذا كانوا مرضى بحق، فإنهم يستغلون هذا الواقع للحصول على الأدوية بغرض الانسمام (Intoxication) أو إعادة البيع، وليس كوسيلة شرعية لتفريج العرض.

والمرضى المصابون بأمراض أو اضطرابات عقلية والذين يفشلون في الإستجابة لنظم العلاج الموصوفة يمثلون جزءا من مشكلة وصف الدواء. وثمة جزء آخر أكثر صعوبة وهو الذي يتعلق بمن يسعون إلى الحصول على الأدوية النفسانية التأثير لغرض الانسمام أو إعادة البيع أو كليهما معا وهذه المجموعات الأخيرة من المرضى سوف تقوم باستغلال الأطباء بأية طريقة يستطيعونها. ونظرا لأن مهنة الطب حساسة فيما يتعلق بالإستجابة للمشاكل المتصلة بكرب (Stress) الحياة، فسوف يدّعي المرضى أحيانا أنهم يعانون من فقد عزيز لديهم أو غير ذلك من كروب الحياة للحصول على أدوية نفسانية التأثير.

وعادة ما يغتنم هؤلاء المرضى الفرصة في العيادات التي يتردد عليها أعداد كبيرة من المرضى حيث يكون التقييم أقل ما يمكن. ويقل إقبال هؤلاء المرضى على الأطباء الذين يصفون الدواء على نحو سليم، أي فقط بناءً على تاريخ مرضي سليم وفحص بدني فإن دائمي التردد على الأطباء والمرضى المخادعين يعلمون أن إحتمال أن يكشف هؤلاء الأطباء الخدع كبير كما أن إحتمال وصفهم للدواء على نحو غير سليم أو بناءً على تاريخ مرضي وفحوص بدنية ومعملية غير وافية ضئيل.

وقد يدعي دائمو التردد على الأطباء أيضا مرضاً عضوياً أو نفسانياً للحصول على وصفات لأدوية نفسانية التأثير. ويعد المغص الكلوي والعرّة المؤلمة (Tic Douloureux)، وألم الأسنان والشقيقة (الصداع النصفي Migraine) .. الخ أمثلة نموذجية للأمراض التي يدعيها المرضى المتلاعبون. ولا يجد من قائمة

الأمراض في واقع الأمر إلا تخيل المتلاعب. وقد يصيبون أنفسهم فعلاً، في بعض الحالات، بأذى أو قد يلجأون إلى حيل مثل وخز أنفسهم بإبرة ثم تنقيط الدم الناتج عن الجرح في البول.

وثمة مفاتيح لكشف مثل هذا النوع من المرضى، هي كما يلي:

١ ــ المريض العابر (Transient Patient) عادة ما يكون هؤلاء المرضى من خارج المدينة وتعرضوا لفقد أو سرقة دوائهم، وسوف يحاول هؤلاء المرضى الإيهام بأن حاجتهم إلى الدواء ملحة وسوف يضغطون على الطبيب للإستجابة فورا إلى مطلبهم بادعاء أنهم يعانون من ألم شديد، غير أنه يمكن غالبا بالحدس السريري العادي تبين التناقض الكبير بين تقديرهم لشدة الألم والألم الذي يقاسون منه فعلا، إذا كان هناك أي ألم حقا.

٢ ــ المريض الذي يمكن كشف تلاعبه بالملاحظة. على سبيل المثال، إذا شعر الطبيب أو الطبيبة أن استجابته أو استجابتها محل دراسة من المريض بنفس القدر الذي يدرس به الطبيب حالة المريض، فإن هذا يثير الشك بأن المريض من دائمي التردد على الأطباء أو المخادعين. فالمريض العادي لا يدرس استجابات الطبيب بنفس الطريقة، ويمكن كشف الفرق إذا كان الطبيب يقظا بدرجة معقولة.

٣ ــ المريض اللبق الحديث (Spell - Binding) إن مرضى وهم المنطق الكاذب (Pseudologica Fantastica) أو المصابين بمتلازمة مونشهاوزن أو المتملقين المدربين من الرجال أو النساء قد يكونون مقنعين بدرجة غير عادية بالمقارنة بالمترددين العاديين على العيادات. وعندما يشعر الطبيب بأن المريض يتمتع بقدرات غير عادية على الإقناع والتمثيل، فإن ذلك قد يثبت أن المريض متلاعب وقد يضطر الطبيب أحيانا إلى الإستجابة إلى المشاكل الحيوية أو النفسانية الحقيقية لمريض متلازمة مونشهاوزن، أي المريض الذي يتظاهر بالمرض من أجل الحصول على أدوية انسهامية (Intoxicating). وهنا يصبح من المهم من كلٍ من الناحيتين السريرية والقانونية، استشارة أطباء آخرين

والحصول على مشورة قانونية، إذا كان ذلك ممكنا.

٤ ــ الإكراه. يمكن ممارسة مجموعة متنوعة من الأساليب النفسية الإكراهية، تتراوح بين التهديدات الصريحة بالعنف البدني أو الإضرار المادي، الرشوة أو أشكال أمكر من القسر، مثل إثارة الشعور بالذنب لدى الطبيب بحجج مثل «أن الأطباء أعطوني أدوية لعلاج الألم ثم أصبحت مدمناً، والآن لماذا لا تساعدونني على الخروج من المشكلة التي سببها الأطباء؟» وعادة ما يقول الأطباء الذين كانوا ضحية هذا أنهم كانوا على دراية بما كان يحدث ولكنهم تساهلوا «تجنباً للمشاكل».

وهناك صورة شائعة من صور القسر وهي التصريح البسيط بأنه «يجب أن أحصل على الأدوية حتى أتغلب على المشكلة». ويقوم المريض، في بعض الأحيان، إما تلميحاً أو حتى تصريحا بالتهديد بالإنتحار. وإنه لمن الجلي أن إضافة مشكلة الإعتماد على الدواء أو فرط استعمال الدواء إلى حالة مكربة بدرجة كبيرة ليس هو السبيل إلى الحل. ومن الواضح بنفس الدرجة أن على الأطباء ألا يسمحوا بصور الإكراه هذه. وإن كان إحتمال الإنتحار قائما، فيشار بالإحالة إلى مستشفى نفساني أو قد يحتاج المريض إلى أن يوضع تحت الملاحظة. والمناقشة الكاملة لتدبر مثل هذه الحالات ليست في مجال هذا الباب، ولكن المهم هنا هو أنه لا معنى لإضافة فرط استعمال الدواء إلى قائمة طويلة من المشاكل الأخرى وأن الاستراتيجية الأساسية تتمثل في عدم التسرع في وصف الأدوية وملاحظة المريض.

إن المناقشة السابقة لم تشمل جميع الأساليب المتعددة التي يتخذها الذين يسعون إلى خداع الأطباء، ولكنها تفيد في زيادة إدراك المشكلة. والأسلوب الجيد لمواجهة المواقف السريرية الغامضة هو إعطاء كمية من الدواء تكاد تكون كافية لليلة واحدة أو يوم واحد مع إصرار الطبيب على الحصول على سجلات أو مقابلة أسرة المريض وذلك فضلا عن إجراء فحوص طبية ونفسانية إضافية لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة حقيقية للعلاج. وعادة سوف يتجنب المريض المتلاعب

التقييم الحقيقي، ويقاوم محاولات التحقق من تاريخه المرضي، ولن يرضى بقبول كميات صغيرة من الأدوية أو فترات طويلة من الملاحظة. أما المريض الحقيقي فنادرا ما يعترض على مثل هذا الأسلوب.

الإستنتاجات

إن قدراً من سوء وصف الدواء يمكن إرجاعه إلى جِدة بعض الأدوية. فقد يُغمر الأطباء أحيانا بعينات من الأدوية يقال إنها «الأحدث والأعظم». ومن الواضح أنه يتعين على الطبيب في مرحلة حاسمة ما تجربة أدوية جديدة. فأساليب الوصف الجيد تعتمد على إمكانية التنبؤ وإمكانية التنبؤ تعززها الخبرة. وكمبدأ عام جيد، إذن، يتعين على الطبيب استعمال عدد صغير نسبيا من الأدوية من أي من المجموعات الدوائية ومن ثم اكتساب الخبرة التي توفر الأساس للتقييم الدقيق لنجاح وفشل الأدوية الجديدة على حد سواء.

فمن غير الممكن أن يألف الطبيب جميع البربيتيورات، وجميع مضادات الإكتئاب (Antidepressants)، وجميع البنزوديازيبينات، ولكن يمكن اكتساب الخبرة باستعمال بضع أدوية من كل مجموعة. ومثل هذا المبدأ هام للوصف السليم للأدوية.

إن الاستنتاجات المتناولة عالية مشتقة من الخبرة السريرية فأساليب الوصف ومطاوعة (Compliance) المرضى تجري دراستها رسميا ومن شأن هذه الدراسات في المستقبل أن تدفع قدما فن وصف الدواء (Apsler & Hothman, 1984).

* * *

الفصل الخامس
بدائل الأدوية النفسانية التأثير

الحاجة إلى بدائل (Alternatives)

بعد متابعة المناقشة التي وردت في الأبواب السابقة، لعل القارىء يكون قد كون فكرة أكثر وضوحا عن المشاكل المتصلة باستعمال الأدوية النفسانية التأثير وكيف يجب أن توصف. ومن ناحية أخرى فإن الأطباء يواجهون مشكلة أخرى تبدو أكثر صعوبة، وهي ما العمل بشأن المرضى وأعراضهم في الحالات التي تعد فيها الأدوية النفسانية التأثير غير ملائمة، ما هي البدائل؟

ربما يكون من المفيد في هذه المرحلة، وقبل اقتراح أي بدائل عملية ذكر الأعراض الرئيسية الخمسة التي توصف لها عادة الأدوية النفسانية التأثير، وهي: عدم القدرة على التعامل مع المشاكل والصعاب، والإكتئاب (Depression)، والقلق (Anxiety)، وعدم النوم (Sleeplessness) والألم. وهذه الأعراض تشترك في عدد من السمات، فهي جميعا أعراض قد خبرها كل فرد في وقت من الأوقات، والمرحلة التي تعتبر فيها هذه الأعراض من الشدة بحيث تستأهل التدخل والعلاج الطبي، تقديرية إلى حد ما وتختلف كثيرا من دولة إلى أخرى. وعلاوة على ذلك، فجميع هذه الأعراض تأتي ملازمة لأعراض أخرى وكثير منها ينشأ كنتيجة لها. فعلى سبيل المثال، قد يشعر الناس بالقلق لوجود ورم (Lump)، أو قد لا يستطيعون النوم لمعاناتهم من الألم، وفي معظم الأحيان، يكون من الصعب جدا فصل أي عرض من مجموعة الأعراض التي قد يعاني منها المريض على نحو متزامن. وبالإضافة إلى هذا، قد ترجع الأعراض الخمسة جميعها إلى مجموعة

كبيرة من الحالات المستبطنة، وبمعنى آخر، فهي غير نوعية تماما. وفضلا عن ذلك، قد ينشأ كل منها في سياق غير طبي بنفس السهولة في السياق الطبي.

وأخيرا، فهي جميعها استجابات طبيعية ومعقولة لمواقف عادية وحتى عندما تشتد بشكل قاطع، فهي لا تزال تعتبر استجابات معقولة لموقف صعب نسبيا (Ghodse & Khan, 1982, Mussay et al., 1981) وقد ينطوي استعمال المواد النفسانية التأثير لعلاج تلك الأعراض على أذى من عدة جوانب. قد يكون هناك قصور في استقصاء وتشخيص وعلاج المشاكل المستبطنة، سواء كانت طبية، أو شخصية، أو اجتماعية، والتي أدت إلى ظهور هذه الأعراض. وقد تكون المواد النفسانية التأثير ضارة من حيث أنها أدوية قوية المفعول ذات تأثيرات جانبية متنوعة، وقد يساء ويفرط استعمالها، وقد تؤخذ بجرعات مفرطة، وتحدث الإعتماد. ومن ناحية ثانية، ربما كان الأكثر خطورة وشؤما على حد سواء أن هذه الأدوية قد تغير بشكل خطير الخصائص الشخصية للمرضى، فهي تجعلهم، على سبيل المثال، أقل قدرة على الوفاء بمتطلبات الحياة اليومية وتأدية لدورهم كاملا في العمل والأسرة، الخ. فقد تبين، على سبيل المثال، أن عملية التعلم قد تتأثر على نحو غير مؤات بأدوية معينة، مما يزيد حتى من صعوبة تغلب المرضى الذين يحتاجون إلى مهارات جديدة، على أسباب أعراضهم وتعلم هذه المهارات. كما أن هناك ما يدل على أن المعلومات التي يتم تعلمها تحت تأثير دواء ما لا يحتفظ بها بالضرورة بعد زوال تأثير الدواء.

غير أن كل هذا، لا يساعد العامل الصحي الذي يواجه مريضا يعاني من أعراض مزعجة ومؤلمة. ففي وجود حشد من المواد النفسانية التأثير المتوفرة والتي يمكن أن تؤدي إلى تفريج فوري، فإنه من المناقض لأي تدريب وممارسة طبية أن يقال للمريض «نعم، أنا أؤمن بأنك تعاني إلى أبعد حد، وأنا متعاطف معك، لكن الأدوية التي قد أصفها والتي قد تحسن حالتك كثيرا، على الأقل على المدى القريب، تعتبر الآن خطيرة بالنسبة للمجتمع ككل (وربما بالنسبة لك على المدى الطويل)، ومن ثم فأنا آسف لأنك يجب أن تستمر في المعاناة».

وبالتالي فإن هناك حاجة إلى بدائل عملية وفعالة، ولكنها يجب أن تكون بدائل يتوفر للأطباء (أو غيرهم) الوقت والموارد على حد سواء، لتحقيقها والأهم من ذلك أن تحوز ثقة الأطباء.

معالجة السلوك

يهدف هذا الباب إلى تقديم عينة من الأساليب غير البدنية التي يمكن استخدامها لتفريج الأعراض التي تتم معالجتها عادة بالمواد النفسانية التأثير. وإنه من الصعوبة بمكان التأكيد بدرجة كافية على أهمية تدبر سلوك المريض في كل مرحلة من مراحل العلاقة بين المريض والعامل الصحي، بما في ذلك تشجيع التغيير في أسلوب الحياة من أجل منع المرض، وضمان المطاوعة في الفحوص التشخيصية وأنظمة العلاج، والتعامل مع التوقعات والتأثيرات التلوية الإنفعالية (Emotional after - effets) للكرب الطبي. ويقوم الأطباء والهيئات الطبية الأخرى بمهام تدبر السلوك. بصفة روتينية، غير أنها بالنسبة لغالبية العاملين الصحيين، لا تتضمن تطبيقاً واعياً لتقانة علمية، ربما بسبب عدم تضمن المقررات الدراسية الطبية المزدحمة لمقررات في علم النفس التجريبي (Ex-perimental Psychology) أو تطبيقاته. ومع ذلك، فإن أساليب تدبر السلوك تستخدم عادة بنحو تلقائي، غير أنه يمكن بدون شك تحسين ذلك بالتدريب. Melamed & Siegel, 1980; Pinkerton et al., 1982).

تقييم المريض

إن مقابلة (Interview) المريض هي على الأرجح أقدم وأكثر أساليب التقييم السلوكي استخداماً. وحيث أن المقابلة تتم عادة في أول اجتماع بين المريض وعامل الرعاية الصحية، فهي تكون ذا تأثير بالغ على توقعات المريض وعلى ناتج التدخلات اللاحقة. وقد تختلف المقابلة فيما بين أن تكون ذات بنية محكمة، حيث تتبع الموضوعات التي تتم مناقشتها شكلاً سبق إعداده وأن تكون مرنة وغير ذات بنية معينة، حيث يتبع الشخص الذي يجري المقابلة تلميحات يلتقطها من المريض ولا يقصر الأسئلة على موضوعات بعينها. وفي أغلب

الأحوال، يتم استعمال كلا الأسلوبين حيث يتم استنباط المعلومات الخلفية حول السن، التاريخ الطبي، الخ من المقابلة ذات البنية بينما تثير الاستفسارات المرنة المزيد من المعلومات.

وقبل البدء في أي خطط علاجية، ينبغي أن يقوم المريض والمعالج بمناقشة التغييرات السلوكية التي يجب تحقيقها والطريقة التي يجب اتباعها والموافقة عليها. وينبغي تكرار هذه المناقشات بصفة دورية حتى يتسنى تقييم فعالية العلاج ووضع أهداف جديدة للتغيير السلوكي.

ومن سمات التقييم السلوكي المبنية على المقابلة التشخيصية النموذجية ليس فقط استهداف السلوك الذي يشكل معضلة ولكن أيضا التعرف على نواحي القوة في السلوك؛ وهذا أمر هام، حيث أن نواحي القوة هذه تفيد في طريقة العلاج.

وفضلاً عن قيمة المقابلة في تقييم حالة المريض، فهي قد تكون إجراءً علاجياً في حد ذاتها، وذلك لأن مساعدة المريض على تحديد المشكلة المستبطنة قد يكون ذا فائدة كبيرة، كما هو الحال أيضا بالنسبة للعلاقة بين المريض وعامل الرعاية الصحية، التي تبدأ عند المقابلة (Melamed & Siegel, 1980).

كما يمكن أيضا استخدام طرائق تقييم أخرى، بما في ذلك استطلاع الآراء، والمناظرة الذاتية (Self - Monitoring)، والملاحظة السلوكية والقياسات الفزيولوجية النفسية (Psychophysiological). ولا يمكن المبالغة في التأكيد على أهمية التقييم الشامل، حيث أن التدخل السلوكي ليس كاستخدام كتاب الطبخ حيث لا يمكن أن تكون هناك وصفة واحدة لكل عرض. ولكن على الأصح، يتم تفصيل العملية العلاجية على المشاكل الفريدة لكل فرد وفي إطارها الخاص، كما يجب أن يتم تحديد هذه المشاكل بوضوح. فالغرض من جميع أساليب التقييم المختلفة، إذن، هو تعيين واختيار السلوك المستهدف، وتحديد المتغيرات السابقة واللاحقة، المتصلة بالسلوك المستهدف، وجمع المعلومات حول السلوك المستهدف والمتغيرات المؤثرة فيه.

طرق التدخل (Intervention)

إذا أمكن الإفتراض بأن عقول الناس في جميع أنحاء العالم قد تعرضت لنفس التأثيرات وأن اضطراباتهم الوظيفية ومظاهرها السلوكية كانت متشابهة أيضا، لكان العلاج النفسي أو العلاج النفسي السلوكي متشابها في كل مكان ومبنياً على أساس نظرية متماثلة لسببية المشاكل السلوكية والمرض العقلي. غير أن التجربة تختلف من ثقافة إلى ثقافة، وبين أفراد الأسرة الواحدة، وفي بعض الأحيان، في الفرد الواحد. إن هذا التعقيد هو الذي يمثل التحدي لوجود نظرية للاعتلال النفسي (Psychopathology) صحيحة في كل زمان ومكان، ولو أن بعض النظريات قد أصبحت قريبة من إمكانية تطبيقها بشكل عام.

ويمكن مع ذلك استخدام العلاجات النفسية، بما فيها المشاورة، والمعالجات النفسية المختلفة، والمعالجة الجماعية والمعالجة السلوكية، في معظم مجالات المشاكل السلوكية والعاطفية، إما بالإقتصار عليها أو بالإضافة إلى المعالجة الدوائية والمعالجة البدنية الأخرى.

وسوف يتم في هذا الباب مناقشة تلك العلاجات التي يمكن تطبيقها دون حاجة إلى فترة تدريب طويلة.

المشاورة (Counselling) والمعالجة النفسية السطحية

عادة ما تعني المشاورة (Counselling) بالصعوبات التعليمية، والزوجية، والجنسية، والمهنية، والشخصية والعاطفية. فيُنصح الزبائن بأفضل الطرق التي يسلكونها من أجل حل مشاكلهم، أو قد يكون العلاج أقل توجيها، فتتيح المقابلات الفرصة للزبائن للتعبير عن قلقهم وشكوكهم وحل مشاكلهم بأنفسهم في نهاية الأمر. والمعالجة النفسية السطحية تشمل مجموعة من الطرائق، لبعضها أساس نظري أما البعض الآخر فهو تلقائي تماماً. وتعتمد معظم هذه الطرائق على العلاقة بين الصحة ـ والعامل الصحي ـ والمريض، حيث يكون للعامل

الصحي دور علاج رئيسي. وتتمثل هذه العلاجات في الإقناع، وذلك كمحاولة لتشجيع المريض على البوح بسر أعراضه، أو معالجة تدعيمية، بالإضافة إلى المعالجة الإدراكية العاجلة في أوقات الأزمات. وتعتمد بعض هذه العلاجات على وصف كامل لتاريخ حياة المريض مع محاولة ربط الأعراض بأحداث الماضي والتأثيرات البيئية، أما البعض الآخر فهو موجه إلى الهدف (Sim, 1974).

أشكال أخرى من المعالجة النفسية (Psychotherapy).

إن ما هو معروف بشكل عام كمعالجات نفسية إنما يقوم على المعايير والثقافات الغربية، ومن المنطقي افتراض أن هذه المعالجات قد تكون غير مناسبة في ثقافات أخرى. ففي الشرق، على سبيل المثال، حيث تعاليم البوذية والتأكيد على التأمل والتدريب البدني لتحقيق تنوير طبيعة الذات، قد تكون المعالجة النفسية أكثر فعالية إذا اعتمدت على هذه المبادىء والممارسات (Sim, 1974).

المعالجات السلوكية

المعالجة السلوكية هي مصطلح جديد نسبيا لشيء قديم قدم الإنسان نفسه. فحيثما كانت هناك حاجة إلى التغلب على الخوف أو القلق، أو التخلص من عادات سيئة، كانت هناك محاولة إعادة التعليم وإثابة السلوك المرغوب فيه أو معاقبة السلوك غير المرغوب فيه. ويمكن اعتبار السلوك هو الطريقة التي يستجيب بها الناس لبيئتهم وما يفعلونه فيها، والعلاجات السلوكية تعتمد على تطبيق نظرية التعلم التي وضعها علماء الفيزيولوجيا وأطباء الأعصاب وعلماء النفس التجريبيون. ويجدر هنا الإشارة إلى أن مبادىء المعالجة السلوكية كطريقة لتبديل السلوك لن يتم مناقشتها هنا، ولكن المناقشة سوف تقتصر على طرائق العلاج المرتبطة بها.

إزالة التحسس : (Desensitization)

إن إحدى طرق علاج الخوف والقلق الناجمين عن شيء أو موقف معين تتمثل في تعريض المريض للشيء الذي يخشاه أو تمثيل صوري للموقف الذي

يخيفه وذلك في إطار آمن حتى تكفّ هذه التلميحات عن إثارة أي رد فعل إنفعالي. ويمكن تحقيق هذه التغييرات السلوكية أساساً بطريقتين، هما الطريقة التدريجية والطريقة الغير تدريجية.

تتمثل الطريقة التدريجية (الإزالة النظامية للتحسس Systematic Desensitization) في التقدم من خلال سلسلة أو مجموعة متعاقبة من الخطوات في اتجاه الشيء أو الموقف الذي يثير الإستجابة سيئة التكيف Maladaptive (غير المرغوب فيها). وكبديل لهذا، يمكن مواجهة المريض بالموقف الذي يثير الإستجابة سيئة التكيف دون المرور في سلسلة متدرجة من الكرب، وهي طريقة تعرف بـ «الغمر» (Flooding).

وفي طريقة أخرى، تعرف بالتكييف المضاد (Counter - Conditioning)، تتمثل الخطوة الأولى في تحديد المواقف التي تثير رد الفعل البدني أو العاطفي سيء التكيف، ثم التوصل إلى طرق لإثارة استجابة غير متوافقة مع الإستجابة سيئة التكيف، بحيث يتم الحد من الأخيرة والتخلص منها. وثمة طريقة مستخدمة على نطاق واسع للتخلص من الاستجابات العاطفية سيئة التكيف المختلفة، مثل القلق، هي الإرتخاء (Relaxation) وهي تستخدم غالبا بجانب الإزالة النظامية للتحسس. وتشتمل هذه الطريقة الأخيرة على ثلاث مراحل أساسية:

١ ــ يتم تدريب المريض على استجابة تتنافس مع القلق، مثل الإرتخاء العضلي العميق.

٢ ــ يقوم المريض ببناء سلسلة من المواقف تتراوح بين أقل المواقف وأشدها إثارة للقلق.

٣ ــ يتم تعريض المريض لمفردات من السلسلة، بدءا بأقلها إثارة للقلق وهي في حالة من الإرتخاء التام، ولا يسمح بالتقدم إلى المستوى التالي من السلسلة إلا بعد تلاشي القلق تماما.

يعد التكييف المضاد المنفِّر شكلا آخر من أشكال المعالجة المستخدمة للحد من ردود الفعل غير المرغوب فيها، ولكن المكافئة للذات (Self - Rewarding)،

مثل الإعتماد على الأدوية وفرط الأكل، الخ. وفي هذه الطريقة، يتم تكييف ردود الفعل الإيجابية غير المرغوب فيها (مثل تعاطي الأدوية) تكييفاً مضاداً باستعمال استجابة لمنبّه كريه كاستجابة غير متوافقة. ونظراً لأن هذه الطرق غير مألوفة وتثير بعض المسائل الأخلاقية، فهي تقصر عادة على السلوك الذي لا يستجيب إلى أشكال أخرى للعلاج (Wolpe, 1958, Melamed & Siegel, 1980).

الأساليب المؤثرة

يمكن تعديل السلوك أو المحافظة عليه عن طريق النتائج التي تترتب عليه والتدعيم الإيجابي (Positive Reinforcement)، أي، المكافآت هي أكثر الوسائل المؤثرة استخداما.

وهناك نوعان أساسيان من المدعمات الإيجابية، يتمثل النوع الأول في المدعمات الأولية غير المشروطة وهي موجودة بصفة طبيعية أو يمكن تعلمها، وتعتمد حيوياً على الحاجة (مثل الطعام، الماء). غير أن معظم المدعمات بالنسبة للإنسان، تكون من النوع الثاني، وهي المدعمات الثانوية أو المشروطة، مثل النقود، ومجموعة متنوعة من المدعمات الاجتماعية مثل الإطراء، والإهتمام، الخ. والطريقة بسيطة وينبغي أن تشكل عادة عنصراً من عناصر برامج العلاج السلوكي جميعها، حتى في حالة التركيز على طرائق أخرى. ومن الواضح أن تحديد المدعمات أو المكافآت المناسبة يمثل جانباً هاماً من جوانب هذه الطريقة العلاجية.

والطريقة الثانية من طرق التكييف المؤثر هي التدعيم السلبي (Negative Reinforcement)، أي المعاقبة. وفي هذه الطريقة، يتم وضع نهاية لحدث ما ممقوت أو كريه، أو تأجيله، تبعا لكفاءة أداء فعل معين.

كما أن هناك عدداً من الطرق التي من شأنها تعزيز فعالية التدعيم وأكثر هذه الطرق استخداماً التشكيل (Shaping)، والحث (Prompting) والصياغة وفقا لنموذج (Modelling)، والتدريب على البت (Assertiveness)، وتقييد المصادقات

(Contingency) والتلقيم الـراجـع الحيـوي (Biofeedback) ,Rachman, 1972)
.Sobell & Sobell, 1973)

التحكم الذاتي في السلوك: (Behavioural Self - Control)

بينما تبدأ معظم برامج التدخل السلوكي بطرق خـارجية يتـدبرهـا العامـل الصحي من أجل تسهيل تغيير السلوك، يظل الهدف بعيد المـدى متمثلا في تعليم المرضى التحكم في سلوكهم بأنفسهم، دون مساعدة خارجية. وبمعنى آخـر، يتم تعليم المرضى أن يصبحوا المعـالجين لأنفسهم وذلـك بمساعـدتهم على تعلم طـرق التحكم الـذاتي التي يمكنهم استخدامهـا لتعديـل سلوكهم المعضـل. ويعـد هـذا مفيـدا بشكل خـاص بـالنسبـة للسلوك سيء التكيف (Maladaptive) الـذي قـد يصعب على العامل الصحي الوصول إليه، مثـل الأرق، وفرط الأكـل والمشاكـل الجنسيـة. (Goldfied & Merbaum, 1973, Cobb, 1982, Mahoney & Thoresen, 1974).

وهنـاك مجموعـة متنوعـة من طرق التحكم الـذاتي تستخـدم عـلى حـدة أو بالإضافة إلى طرائق أخرى في برامج التدخـل السلوكي. وتعد الـبرمجة السلوكيـة (Behavioural Programming) (العواقب المتوقفـة على السلوك المشكـل معضلة) والتدعيم الذاتي(Self -Reinforcement) والمعـاقبة الـذاتية (Self - Punishment))، والتخـطيط البيئي (إعادة تخـطيط منهجية لـلأحـداث البيئيـة المصـاحبـة للسلوك المشكـل معضلة قبل حـدوثه)، والمنـاطرة الـذاتية (المـراقبـة أو التسجيـل المنـظم للسلوك الـذاتي) أمثلة قليلة لهـذا النـوع من العـلاج ,Thoresen & Mahoney) 1974).

الإستراتيجيات الإدراكية (Cognitive Strategies)

يفترض هذا المدخل أن السلوك سيء التكيف يمكن تسويته بواسطة عوامل مثل المواقف والمعتقـدات غير الـواقعية والـلاعقلانيـة والأفكار المحبـطة للذات. وهذا يستتبعه بالتالي، أن إحداث تغيير في أنماط السلوك سيء التكيف أو المساعدة

على الشفاء من المرض، يستلزم أيضا تعديل أي تفكير غير مرتب أو ذي عيوب (Beck, 1976, Beck & Emery, 1979).

وهناك نوعان معروفان من المعالجة الإدراكية هما إعادة البناء الإدراكي، وهي محاولة تغيير المعتقدات اللاعقلانية وعمليات التفكير غير المنطقية واستبدالها بأخرى عقلانية من خلال المناقشة واختبار الذات العقلاني، والنوع الآخر هو التدريب المعلِّم للذات، وهو محاولة استبدال التوجيهات الذاتية سيئة التكيف (الأوامر الشفهية الموجهة للذات) بأخرى مسايرة وأكثر مرونة وتكيفا. ويتمثل الهدف بالنسبة للمريض والمعالج في التوصل إلى نظرة مشتركة للمشكلة والعلاج، وتطوير أنماط للتفكير سليمة وواعية (Mahoney & Thoresen, 1974).

مزايا العلاجات البديلة:

يمكن ملاحظة أن هناك سلسلة كبيرة من الطرائق السلوكية والنفسية الأخرى يمكن استعمالها بدلا من الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive). وقد تبدو هذه الطرائق صعبة عند وصفها بالرطانة (Jargon) العلمية. وفي الحقيقة، هي مجرد تطبيق لمبادىء بادىء الرأي (Common - Sense) المعروفة منذ قرون، ومن ثم فليس هناك مجال للدهشة من إمكانية تعلمها من قبل مجموعة متنوعة من العاملين بالرعاية الصحية وكذلك أفراد الأسرة، والمعلمين، . . الخ. وبالرغم من أن استعمال الأوصاف والتعريفات العلمية الدقيقة قد يثبط همة الشخص العادي، إلا أنه يمكن تبريره اذا كان من شأنه تشجيع مدخل أكثر انضباطا للطرائق السلوكية والمساعدة على التقييم الأكثر صرامة لفعاليتها. وفضلا عن ذلك، فهو يرفع منزلة العلاج، مما يجعله أكثر قبولاً مما لو كان «مجرد» تقليد. ويتيح إدخال الطرائق السلوكية الإقتصاد في النفقات، وذلك بالحد من كلٍ من حجم الأموال التي تنفق على الأدوية النفسانية التأثير غالية الثمن والخدمات المطلوبة من الأطباء، وذلك إذا تم تدريب العاملين الآخرين بالرعاية الصحية على توفير العلاج بهذه الطريقة. وفي الدول النامية، حيث المطالب الكثيرة على موارد شحيحة، فإن شراء الأدوية النفسانية التأثير يستتبعه عادة تحويل السيولة

النقدية من مشروعـات أخرى أكـثر أهمية مثـل التمنيع وعـلاج الأمراض المهـددة للحياة.

أما في البلاد الصناعية، فبـالرغم من أن الأدويـة النفسانيـة التأثـير توصف وتستهلك بكميات هائلة، إلا أنها لا تمثـل سوى نسبـة صغيرة من إجمـالي الإنفاق الصحي، وبأخذ التضخم في الإعتبـار، فإن التكلفـة الفعلية لـلأدوية النفسـانية التأثير قد انخفضت. وفضلا عن هذا، فإنه في أغلب الأحيان يكـون من الأسرع والأسهل بالنسبة للطبيب وصف أدوية نفسـانية التـأثير عن استخـلاص مشاكـل المـريض النفسية المستبـطنة والتعـامل معهـا. وفي هذه الحـالة، يصبـح من شـأن استعمال طرائق المعالجة النفسية السلوكية بواسطة مـوظفين غـير طبيين، أن يعفى الطبيب من كثيرٍ من المتطلبات (Musray et al., 1981). ومع ذلك، فـلا ينبغي أن تكون الإعتبارات المادية هي المعيار الوحيد أو حتى الأكثر أهميـة، بالنسبـة لمقارنـة العلاجات المختلفة. ويتمثل المعيار الحقيقي في ما هو الأفضل بالنسبة للمريض، ليس فقط على المدى القريب، ولكن على المـدى البعيد أيضـا. وهذه هي حقيقـة الموقف التي يتم على أسـاسها تفضيـل العلاجـات البديلة عـلى الأدوية النفسـانية التأثير بهذا الشكل الملحوظ. ومن شأن الـطرائق السلوكية. زيـادة إدراك المرضى للعواقب البدنية للمشاعر غير المتحكم فيها، وجعلهم أكثر استعـدادا لتقبل سبب بدني نفسي للأعراض التي يعانون منها وكذلك تقبل إعادة الطمْأنة بدلا من وصفة طبية. وعلى سبيل المثال، حدث في إحدى الممارسات العـامة في لنـدن، حيث تم إدخال خدمة الإستشارة (Counselling)، إنخفاض في متوسط معـدل الجراحـات في ظرف ستة أشهر من إتمام الاستشارة بنسبة ٣١٪ وذلك مقارنة بفترة ممـاثلة قبل نظام الاحالة. كماحدث أيضا إنخفاض بنسبة ٣٠٪ في متوسط عدد وصفات الأدوية «النفسـانيـة التـوجيـه» (Psychotropic) وانخفـاض آخـر بنسبـة ٤٨٪ في وصفـات «الأدويـة غـير نفسـانيـة التـوجيـه» (Nonpsychotropic) (Munayetal 1981).

ومن ثم، فـإنه يبـدو من المحتمل أن تكـون البـدائـل السلوكيـة للمـداواة خواص تعليمية ومنعية ذات قيمة، نظرا لأنها تساعـد الناس عـلى تحمل مسئـولية

مشاكلهم، بدلا من التعويل على حلول دوائية، وهي بذلك تـرد الميل إلى إضفـاء صبغة طبية عـلى المشاكـل النفسية الإجتـماعية إلى الإتجـاه المعاكس. ويعـد انشاء مجموعات العون الذاتي لأولئك الذين يعتمدون على المهـدئات (Tranquillizers)، والإدراك المتزايد لمخاطر الأدويـة النفسانيـة التأثـير، مؤشرات للتغيير المـطلوب في المواقف، إذا ما أريد للإتجاه السائد على مدى الثلاثين عامة الأخيرة أن يـوقف ثم يعكس. وأهمية التعليم بالنسبة لكل من العاملين بالرعاية الصحية والمستهلكين، واضحة.

وختـاماً، ينبغي الإشـارة إلى أن نفس عنوان هـذا الباب ـ «بـدائل وصف الأدوية» يجمل المواقف الحالية تجاه الأدوية النفسانية التأثـير. وهو يعني ضمنيـاً أن البدائل هي الإختيار الثاني، وهي تستعمـل فقط نظراً لأضرار ومسـاوىء الأدوية النفسانية التأثير. وهذا بدون شك موقف خاطىء فالحجـج التي تساق في صـالح «البدائل» غامرة من وجهة نظر صحة الفرد والمجتمع ككل، بحيث أن ما سوف ينظر إليه في المستقبل كاختيار ثان هـو الأدوية النفسـانية التـأثير، «كبـدائل» يجب تفسير وتبرير استعمالها بالضبط كما هو الحال اليوم بالنسبة للطرائق السلوكية.

* * *

الفصل السادس
دور التعليم الطبي

كان الهدف الأول لاجتماع موسكو حول تدريب مهنيّي الرعاية الصحية على الإستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) تحديد أوجه النقص في البرامج التعليمية القائمة الخاصة بالاستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير ولدراسة المداخل التعليمية المختلفة التي قد تكون فعالة في تخفيف الإستعمال المفرط للأدوية.

وكان ذلك استجابة للقرار EB 69. R.9 الذي اتخذه المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية في ٢٢ فبراير ١٩٨٢ والذي يوصي «ببرامج تعليمية للأطباء والعاملين الصحيين الآخرين، كوسيلة لتحسين الوصف والتوصيل والممارسات الإستعمال الخاصة بالأدوية النفسانية التأثير».

وقد أوضح منظمو الإجتماع أن يفهم «التعليم» (Education) بأوسع معنى ممكن. ويشير هذا الباب بشكل خاص إلى التعليم الطبي، بيد أن المبادىء والطرق التعليمية التي تمت مناقشتها فيه قابلة للتطبيق على تعليم جميع العاملين الصحيين، وليس فقط الأطباء.

ولدى المدرسة الطبية المسئولة أو النظام التعليمي الطبي المسئول من الوسائل ما يضمن ألا يتخرج الطلبة أو يحصلون على ترخيص مزاولة الطب إلا بعد أن يكونوا قد اكتسبوا المهارات والقدرات اللازمة. وهذا هو الغرض من الإمتحان المؤهِّل النهائي ـ الذي يشهد أن الخريج كفؤ للممارسة وبذلك يحمي المجتمع.

مواطن الضعف في التعليم التي تؤدي إلى الوصف غير الرشيد:

إن السلوك الطبي المنشأ (Iatrogenic) (أو الوصف، «غير الرشيد») قد يكون نتيجة لأوجه النقص التعليمية المختلفة. أولا، ربما لم يتعلم الممارس في كلية الطب كيف يكون طالباً للعلم مدى الحياة، أي كيف يكون ملما بأوجه التقدم العلاجي الدوائي (Pharmacotherapeutic)، أو كيف يكتسب أو يرفع مستوى الكفاءات المطلوبة للمعالجات «البديلة» التي ورد وصفها في الباب الخامس. فكثير من كليات الطب تجزم بأن التعليم من أجل التعلم مدى الحياة هو أحد أهدافها، غير أن قليلا منها نسبيا يتيح الفرص لتطوير المهارات اللازمة. ثانيا، إن نظام التعليم المستمر (Continuing Education) قد يكون غير ملائم، أي أنه قد لا يقيم أنشطته على أساس عملية رشيدة لتشخيص الإحتياجات التعليمية على نحو منهجي ومستنبطاً وموفراً الوسائل التعليمية لسد تلك الإحتياجات، بما في ذلك تقييم إستجاباته التعليمية لاحتياجات الممارسين. ثالثا، أن السلطة المنظمة للدواء في الدولة قد لا تواظب على إعلام الممارسين على نحو واف عن الأدوية الجديدة، أو شائعة الإستعمال. وأخيراً، فالجهاز الذي يتولى تنظيم التعليم وسلوك الممارسين قد لا يعتبر السلوك العلاجي المنشأ (Iatrogenic) المصاحب لوصف الأدوية خطيراً بدرجة تستدعي اتخاذ إجراء خاص به، أو قد تكون غير مطبقة لمعايير جودة صارمة بما يكفي على المقررات الدراسية والإمتحانات. فكل من هذه العوامل أو واحدٍ منها أو أكثر قد يكون واردا.

وقرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية والمذكور سابقا يوضح أن الخطأ تعليمي على وجه القصر أو في المقام الأول ويوصي «ببرامج تعليمية للأطباء والعاملين الصحيين الآخرين». (وينبغي تذكر أن أوجه النقص في الممارسة المهنية نادرا ما تكون طوع العلاج التعليمي فقط). وحيث أن المعلمين الطبيين كانوا وما زالوا ملومين، وهم غير مدركين لهذا، فإنه لمن السذاجة الإعتقاد بأن نفس المعلمين أو المعاهد سوف يدخلون البرامج التعليمية التي أوصى بها المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية ـ إلا إذا غيروا وجهة نظرهم بشكل جذري.

والبرامج التعليمية الأكثر قدرة على تصحيح أوجه النقص في البرامج التعليمية القائمة هي برامج التدريب على التعليم لواضعي المقررات، والمعلمين والإداريين التعليميين المسئولين عن تدريب طلاب الطب على الوصف الرشيد والأشكال «البديلة» للرعاية الطبية الوارد وصفها في الباب الخامس. وقد لا يختلف هذا التدريب عن تدريب المعلمين الطبيين على الكفاءات التعليمية اللازمة لأي من كفاءات الرعاية الطبية الأخرى والتي يتعين على الطلاب أن يثبتوا فيها أنهم على مستويات مناسبة من حسن الأداء قبل الترخيص لهم بمزاولة المهنة. وبالمثل، فإن فائدة هذا التدريب سوف تعتمد على التغييرات المقابلة في تنظيم وإدارة المقرر وما يصاحبه من أنشطة تعليمية، وخصوصا تقييمه وتقديره.

غير أن البرامج التعليمية الرسمية ليست هي مصادر المعلومات الوحيدة التي يستقي منها طلاب الطب والأطباء معلوماتهم عن استعمال الأدوية النفسانية التأثير والبدائل السلوكية للمعالجة الدوائية. إن تعليم طالب أو ممارس يشمل كل التدريس والتعليم الذي من شأنه أن ينتج خريجا طبيا (Medical Graduate)، ويمكّن الممارس في أي فرع من فروع الطب والرعاية الصحية من مسايرة التقدم والحفاظ على المهارات اللازمة. إن طرق وأساليب التعليم شخصية جدا، ويميل طالبو العلم في جميع المراحل إلى أن تكون لهم «برامجهم التعليمية» الشخصية، وهي في أغلب الأحيان تختلف إلى حد كبير عن البرنامج الموضوع من قبل المعهد. ويشتمل الكثير من البرامج التعليمية الرسمية على أجزاء كبيرة غير ذات فائدة للطلاب أو الممارسين وقد تعوق التعلم أو تربك الذين يدرسونها.

وبالتالي فإن جميع المناهج الدراسية تتكون من أجزاء رسمية وصريحة إلى حد كبير، وأجزاء أخرى ـ وهي غالبا الأطول «بقاء» ـ غير رسمية أو «خافية»، بمعنى أنها لا تظهر في أي منهج دراسي ولا يتم إختبارها في أي إمتحان. فعلى سبيل المثال، وصف الدواء ـ إستعمال الأدوية بشكل عام ـ قد يكون أكثر تأثراً بالممارسات والعادات التي يلاحظها الطلاب أثناء عملهم السريري منها بالمقررات الدراسية الرسمية في علم الأدوية (Pharmacology) أو العلاجيات (Therapeutics). ويجد الطالب الملتزم المسئول مصادر كثيرة للتعلم، المخطط

الكفء للمناهج الدراسية الفرص والظروف التي تحث على وتسمح بالتعلم الفعال بدلا من محاولة السيطرة على محتوى المنهج الدراسي بتلقين الطلاب تلقيناً.

إن ما يهم هو ما يتعلمه الطلاب، وليس ما يقول المعلمون والكليات والمعاهد أنهم يدرسونه، أو ما ينص عليه في محتوى المنهج أو خلاصات المقررات. وبالتالي، فإن تقييم البرامج التعليمية، أو البحث عن أوجه النقص في التعليم، يجب أن يعني بما يحدث أو لا يحدث بالفعل، وليس بنصوص البرامج الرسمية، وبما يستطيع الطلاب القيام به كنتيجة لخبرتهم في محيط تعليمي، وليس بما يستطيعون التحدث أو الكتابة عنه.

إن ما يتعلمه الطلاب على أفضل وجه هو كيفية إجتياز الإمتحانات. ووجه الإفادة من الإمتحانات، وجميع أشكال التقييم وما تهدف إلى إختباره أو تقييمه - يحدد ما يتعلمه الطلاب. وكثير مما يتم تعلمه لأغراض الإمتحانات التقليدية يُنسى بسرعة إذا كان لا يمكن تطبيقه في الممارسة السريرية بنفس الصورة التي تم تعلمه فيها.

وسوف يتعلم الطلاب في وقت لاحق أثناء عملهم أو في الممارسة العملية، أو قد يتعلمون ثانية من المشرفين عليهم أو المعلمين الخصوصيين أو بالملاحظة - كيف تكون الممارسة العادية أو المتضلّعة. فكثير مما يتعلمه الطلاب من أجل إجتياز امتحان رسمي نموذجي في علم الأدوية في الجزء قبل السريري من منهج دراسي طبي تقليدي سوف ينسى إلى حد كبير بالتأكيد عندما يتخرج الطلاب. وبالمثل، فكل شيء تقريبا تم إختبار الطلاب فيه في الإمتحانات قبل الطبية (Premedical) أو امتحانات العلوم الأساسية سوف يُنسى، إلا إذا تم تعلمه في سياق عملي لحل المشاكل (Problem - Solving)، ويشارك فيه الطالب مشاركة إيجابية وتم تطبيقه بانتظام في حل المشاكل السريرية.

تقييم التدريس والتعلم في التعليم الطبي

إن تحديد أوجه النقص التعليمية تستلزم بالتالي ملاحظة وتقييم الوسائل

والترتيبات القائمة فعلا، والتي يتعلم الطلاب بواسطتها وليس الوسائل والترتيبات المفترضة. على سبيل المثال، هل تعتبر المارسة فيما يتعلق باستعمال ووصف الأدوية النفسانية التأثير، متماثلة في جميع الأقسام - بالمدرسة الطبية، والمستشفى التعليمي، وخدمات الرعاية الأولية والأهلية - حيث يتلقى الطلاب تعليمهم؟ أم أن الطلاب يلاحظون ويمارسون تحت المراقبة أنماطاً مختلفة لاستعمال الأدوية النفسانية التأثير، مما يؤدي إلى تشويشهم في النهاية؟ ما هي الآليات الموجودة بالمدرسة الطبية لضمان اكتساب الطلاب خبرات غير علاجية المنشأ (Noniatrogenic) متسقة ومقبولة وذلك في كل جزء من أجزاء المنهج الدراسي الكامل وفي جميع الأماكن التي تعتمدها الجامعة لأغراض التدريب؟ كيف تتم مراقبة نظام التقييم لضمان استعمال معايير متسقة في تقييم أداء الطلاب فيما يتعلق بوصف الدواء أثناء فترة الدراسة والإمتياز ؟ ما هي الإستعدادات، إن وجدت، لتقييم المنهج الدراسي الطبي، وتخطيطه وتصميمه، وأهدافه؟ وإلى أي مدى تتسق هذه الأهداف مع احتياجات المجتمع، وطرق التعليم والتدريس وطرق التقييم؟ كيف يتم تقييم أداء المعلم، إن وجد هذا التقييم؟ هل تعتبر الإمتحانات اختبارات صحيحة للمعرفة، المهارة، الموقف والأداء؟ هل يوجد هناك أي مجموعة لإدارة التعليم أو المناهج الدراسية أو لجنة للمناهج الدراسية، أو نظام آخر لتخطيط ومناظرة تدريب الطلاب على «بدائل وصف الدواء» الوارد وصفها في الفصل الخامس، وللعمل على أن تصبح هذه «البدائل» وليست المعالجة الدوائية هي الإختيار الأول؟ وما هي الجهود التي بُذلت لتحقيق هذه الآلية؟ هل يعتقد المعلمون أن إخبار الطلاب بما يجب أن يفعلوه وسؤالهم في الإمتحانات عما قد يفعلوه هو شكل مقبول للتعليم؟ ما هي نسبة المعلمين الذين تلقوا تدريبا في التقانة التعليمية (Educational Technology) (أي تطبيق العلوم التعليمية على التعليم الطبي المهني)؟ هل يتعلم الطلاب بصفة ثابتة ومستمرة كي يصبحوا قادرين على تعليم أنفسهم على نحو فعال وكفء ؟ وكيف يتم تقييم كفاءتهم كمعلمين لأنفسهم؟ هل يتم تقييم المعلمين وبرامج التدريس من حيث فعاليتها في تدريب الطلاب على هذه المقدرة؟ على سبيل المثال، إلى أي مدى يعطى

الطلاب حرية أو مسئوليـة أن يعلّموا أنفسهم؟ هـل يكافـأ الطلاب عـلى ممارسـة تعليم الذات (Self - Learning) أو أن نظام التقييم يثني الطلاب عن إظهار الجرأة وروح المبادرة؟

من الـواضح أن هـذه الأسئلة وجميع الأسئلة المشـابهـة التي تـدخـل ضمن تقييم منهج دراسي طبي يمكن تطبيقهـا على جميـع جوانب هـذا المنهج وليس فقط على الأجزاء التي يكتسب أو يجب أن يكتسب منها الطلاب الكفاءات المطلوبة من أجل الإستعمال الرشيد لـلأدوية النفسـانية التـأثير. وإذا وجـد ما يدلّ علـى أنه يسمـح للطلاب بالتخـرج بدون الكفـاءات المطلوبـة لممارسـة الـطب النفسي (في سياق الرعاية الأولية، على سبيل المثال)، ومن ثم فهم يصبحون بعلاجـاتهم سببا للمـرض، بإحـداث الإعتماد عـلى الأدوية النفسـانية التـأثير لـدى المرضى الـذين يستشيرونهم بخصوص أعراض مصاحبة لكرب الحياة، فإن هذا عار عـلى الكلية ككل وعلى الجامعة التي منحت الدرجة التي تشهد بأن خـريجيها أكفاء ومأمونـون على حد سواء. ومن حق الجمهور أن يقلق إذا مـا اكتشف أن مدارسـه الطبيـة لا تملك الأساليب المنهجية لضمان تلقي خريجيه التدريب اللازم للتعامل بكفـاءة مع «الأعراض الخمس الرئيسية التي من أجلها يتم عمـوما وصف الأدويـة النفسانيـة التأثير»، وهي عدم القدرة على التعامل مع الصعـاب، الإكتئاب (Depression)، القلق (Anxiety)، الأرق (Sleeplessness) والألم (أنظر الفصل الرابع).

المقابلات (Interviews) وطرق التقييم الأخرى

إن القدرة على إجراء مقابلة، كطريقة تقييمية وكآلية علاجيـة (Therapeu- tic Mechanism) على حد سواء هي، أو كما يقال عنها، جزء أساسي وجوهري من كفاءة الممارس. وقد يكون منطقيا بالتالي أن يمثـل التدريب عـلى إجراء المقـابلات وإختبـار الكفاءة في هـذا الصدد أمـراً رئيسياً في المنهـج الـدراسي. فيتم تعـريف الـطلاب أولا بأبسط الـطرائق، مـع التقـدم عـلى مـر السنـين إلى أن يصلوا إلى مرحلة التخرج، فيطلب منهم إثبات مستويات مهارات المقابلة الأكـثر تعقيدا، في كل من التقييم والمعالجـة، المنتظرة من المـمارس. وهناك مؤشر غـير مباشر لـنوعية

المنهج الدراسي الطبي في هذا الصدد، وهو نسبة الخريجين الجدد الذين يبدأون مقابلاتهم مع المرضى باستخدام القلم بشكل متوازن في إضمامة الوصفات. والإختبار أو المقياس المباشر لنوعية وملاءمة المنهج الدراسي ينبغي أن يراعى فيه الإستعدادات التي تقدمها الكلية لتدريب كل طالب على المقابلة، والموارد المخصصة لهذا، وصلاحية وعِوَل الطرائق المستخدمة لتقييم أداء الطالب في هذا الشأن. أما الإختبار الجوهري فهو مستوى كفاءة الطالب في إجراء المقابلة، مقاسا بمعايير صحيحة سبق تحديدها، في ممارسة مهنية فعلية. وإذا ثار جدال حول أن الطلاب المتخرجين لا يتوقع منهم استخدام المقابلة بمستوى الخبراء للتقييم والأغراض العلاجية، فيترك لكليات الطب، بالتشاور مع الممارسين أو مديري الخدمات الصحية، على سبيل المثال، حرية تحديد مستويات الكفاءة لكل من الغرضين، والتي تكون مقبولة عند التخرج، وكيفية تقييم أداء الطلاب في إجراء المقابلات على هذه المستويات.

ومن غير المتوقع أن يرضى الجمهور إذا ما علم أن الخريجين الطبيين قادرون على التحدث أو الكتابة عن إجراء المقابلة على نحو مناسب، ولكن المدارس الطبية لا تستطيع ضمان كفاءة المقابلة في ظروف الممارسة خارج المدرسة الطبية.

أما طرق التقييم «الأخرى» التي وردها ذكرها في الفصل الخامس، وهي «استطلاعات الرأي، المناظرة الذاتية (Self - Monitoring)، الملاحظة السلوكية (Behavioural Observation) والقياسات الفزيولوجية النفسية (Psycho Physiological)» فيفترض أنها أقل قيمة أو أهمية من إجراء المقابلة، حيث إنها طرق «أخرى». وعلى أي حال، فإن ما تعنيه هذه الطرق في الممارسة يتطلب توضيحا لا لبس فيه حتى يكون واضحا ما سوف يفعله الطبيب والممارس عند تنفيذ هذه الطرق تحت ظروف الممارسة، خارج الظروف غير النموذجية وغير الواقعية للمستشفى التعليمي أو حتى الممارسة التدريسية. وسوف يكون ضروريا كذلك تحديد مستويات الكفاءة المطلوبة من الخريج، مع الأخذ في الإعتبار ظروف وقيود ممارسة الطب ولا سيما الرعاية الصحية الأولية.

إن «التدخل السلوكي» يعتمد على «التقييم الشامل» ويبدو أنه مفتاح تجنب الوصف غير الرشيد للأدوية النفسانية التأثير.

وهذا يستتبعه بالتالي، أن «البرامج التعليمية للأطباء (والعاملين الصحيين الآخرين) التي تعهد بها المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية ينبغي أن تركز في جميع المستويات التعليمية على التدريب على «التقييم الشامل» و «التدخل السلوكي»، وكذلك على «الوصف الرشيد»، حيثما كان هناك ما يدل على وجود نقص في البرامج القائمة في هذه الجوانب.

تقييم كفاية البرامج التعليمية

هناك وسائل مختلفة يمكن استعمالها لتقييم كفاية البرامج التعليمية القائمة أو المخطط لها، وجميعها يستلزم بيانا رسميا تقوم بإعداده هيئة ممثلة، على سبيل المثال، للمعلمين، الإخصائيين التعليميين، خبراء موضوعات الدراسة، الممارسين العامين والإخصائيين، الطلاب قبل التخرج والخريجين، وممثلين عن المجتمع، تتولى تفصيلا وصف المهام التي تستلزمها كل من الوظائف الثلاث «التقييم الشامل»، «التدخل السلوكي»، و «الوصف الرشيد»، والمهارات - ومستوى المهارات - اللازم للقيام بها في الظروف التي يتوقع أن يمارس فيها الطلاب المهنة. وينبغي أن يكون هذا البيان مفصلا بدرجة كافية بحيث يشير إلى الموارد، المرافق، . . . الخ . التي قد تحتاج إليها المدرسة الطبية، وربما السلطة الصحية لضمان اكتساب الطلاب للمستويات اللازمة من الكفاءة. فعلى سبيل المثال، إذا كان من المتوقع أن يؤدي الممارسون هذه الوظائف في المجتمع، مثلا، في المراكز الصحية أو المستوصفات أو الأقسام الخارجية بالمستشفيات، فيتعين على المدرسة الطبية توفير ظروف مشابهة، يتوقع أن يكتسب فيها الطلاب المهارات المطلوبة، عن طريق الممارسة تحت الإشراف. ويجب أن يتطلب تقييم أداء الطلاب لغرض منح الشهادة، إظهار الطلاب المهارات المطلوبة تحت ظروف ممارسة فعلية أو مقلدة.

وينبغي أن تكون المعايير المستخدمة في التقييم مقبولة من قبل ممارسين

مشهود لهم بالكفاءة في أداء هذه الوظائف، وليس فقط أطباء نفسانيين أو علماء السلوك مثلا.

وبمجرد أن يتم إعداد البيان السالف الذكر والتصديق عليه، ينبغي دراسة البرامج القائمة أو المخطط لها حتى يمكن تحديد مقبوليتها وكفايتها من وجهة النظر هذه. فينبغي دراسة البرنامج، المنهج الدراسي أو وحدات المنهج من حيث الخصائص المختلفة لأي نشاط تعليمي.

وهذه تشمل:

١ ـ أهدافها، وكيف تم استنتاجها وتحديدها، وكيف تستخدم لأغراض التعلم وتصميم وإدارة المقررات ووحدات المقررات.
٢ ـ الطرق المستخدمة لتحقيق الأهداف بما فيها التقييم.
٣ ـ الموارد والمرافق المتاحة لتمكين جميع الطلاب من تحقيق أهدافهم التعليمية.
٤ ـ الترتيبات المتخذة لضمان الكفاءة التعليمية للمعلمين، بما فيهم أعضاء هيئة التدريس بالجامعة والمعلمين والمشرفين المساعدين في مختلف مجالات التدريس، مثل الأقسام الخارجية بالمستشفيات ووحدات الرعاية الصحية الأولية بالمجتمع.
٥ ـ الترتيبات المتخذة لتقييم البرنامج ومراجعة أهدافه في ضوء نتائج هذا التقييم.

وهذا النوع من تحليل كفاية التدريب على «التقييم الشامل»، و«التدخل السلوكي»، و«الوصف الرشيد» يجب أن يأخذ في الاعتبار جميع جوانب المنهج الدراسي التي يتعلم منها الطلاب العناصر المختلفة لهذه الوظائف. كما أنه يجب أن يقيم كذلك مدى الترابط بينها وكيفية تحقيق اتساقها مع الممارسات العلاجية الدوائية والسلوكية المقبولة. وبشكل خاص، كيف يتم تحديد الكفاءات المطلوبة لهذه الوظائف. هل هي نتاج تفكير شخص ما في أحد الأقسام الجامعية مثلا، أو تم تحديدها بناء على ملاحظة الممارسين أثناء تأدية عملهم تحت ظروف ممارسية واقعية؟

ومثل هذا التحليل لبرنامج تعليمي يفترض مقدما أن المنهج الدراسي يقوم على الكفاءة ـ أسلوب حل المشاكل والتركيز على الطالب. أما إذا كان المنهج موجها للمادة العلمية متركزا على المعلم، متيحا فرصة ضئيلة للطلاب ليكونوا مشاركين إيجابيين وليس سلبيين في المقام الأول، وكان نظام التقييم غير قائم على الكفاءة، حينئذ، فهذا يعني ألا يتوقع من الطلاب أن يتضلعوا من عناصر «التقييم الشامل»، «التدخل السلوكي»، و «الوصف الرشيد».

وهذه الطريقة لتحليل برنامج ما يمكن تطبيقها على أي مستوى وتعديلها على نحو مناسب. وسوف تبين هذه الطريقة، عندما تطبق تطبيقا صحيحا، الجهود المطلوبة لإعداد وتنفيذ «البرامج التعليمية للأطباء والعاملين الصحيين الآخرين» التي أوصى بها المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية «لرفع مستوى ممارسات وصف وتوصيل وإستخدام الأدوية النفسانية التأثير».

التعليم المستمر (Continuing Education)

إن التعليم المستمر، جنبا إلى جنب مع الإجراءات الإدارية غير التعليمية، يمكن أن يكون وسيلة فعالة لتعزيز الإستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير «والإستخدام البارع للتدخل التقييمي والسلوكي». غير أنه يجب أن يتم بطريقة منهجية كما يجب أن يكون نظام التعليم المستمر نفسه رشيداً بالمعنى التعليمي (فيما يتعلق بدراسة أكثر تفصيلا عن التعليم المستمر، أنظر الفصل السابع).

غير أنه ليس من الحكمة التوسع في التعليم المستمر فيما يختص «بالتقييم الشامل» و «التدخل السلوكي» إلا إذا كان هناك دليل على أن الوصف غير الرشيد يمثل مشكلة خطيرة وأنه يشمل نسبة لا يستهان بها من كلٍ من ممارس الرعاية الأولية والممارسين الإخصائيين. كما أنه قد يكون، بالمثل، غير ذي جدوى بدون وجود بعض الوسائل التي تضمن أن أولئك المسئولين عن الوصف غير الرشيد سوف يستفيدون من مثل هذا التعليم المستمر، وبهذا تحل المشكلة أو يحد منها إلى أقصى حد. وبالتالي فإن تشخيص مشكلة الوصف غير الرشيد تشخيصا «وبئيا» (Epidemiological) نوعيا بدرجة معقولة، يعد ضروريا. ويجب أن

يشتمل على:

١ ـ انتشاره، وتوزيعه من حيث المناطق أو الممارسة، أو المجموعات السنية (Age Group)، ومناطق تجمع المدارس الطبية، أو خدمة التعليم المستمر.

٢ ـ وجود دليل على أن العيب يرجع إلى أوجه نقص تعليمية.

٣ ـ تطوير مدخل تعليمي يتم تصميمه وفقا لإحتياجات وخصائص الممارسين المعنيين.

واذا كان نظام التعليم المستمر غير مهيأ لمثل هذا التشخيص و «العلاج» التعليمي، فمن غير المحتمل أن تُحقق الجهود أي نجاح. ويجب بالإضافة إلى ذلك، أن يكون الممارسون المعنيّون قادرين ومحفزين على حد سواء على استخدام «التدخل السلوكي» و «التقييم الشامل» بدرجة كافية من المهارة وفي ظل قيود الممارسة. كما يجب أن تكون خدمة التعليم المستمر قادرة على معالجة عدم التحفيز، إلا إذا تطلب ذلك فقط زيادة المكافآت، أو تغيير نظام الممارسة الذي يتقبله الممارسون المعنّيون، أو غيرها من الإجراءات الإدارية.

ويحتمل ألا يتحقق إلا نادراً رفع مستوى الأداء في التقييم والتدخل السلوكي بواسطة العلاج التعليمي وعلى خدمة التعليم المستمر أن تكون قادرة على تحديد أي إجراء آخر من شأنه أن يؤدي إلى استخدام أشكال غير صيدلانية من العلاج والمعالجة الدوائية الرشيدة.

الإستنتاجات

إن تطبيق المبادىء والطرق التعليمية التي تمت مناقشتها عاليه سوف يبين «المداخل التعليمية المختلفة، والفعالة في تخفيف الإستعمال المفرط لهذه الأدوية»، وهو ما كان أحد أهداف اجتماع موسكو حول تعليم المهنيين بشأن استعمال الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive).

والمبادىء التعليمية الرئيسية هي كما يلي:

١ ـ تدريب معلمي وإداريي المدارس الطبية على طرق تخطيط وتصميم المناهج

الدراسية المقبولة، وإدارة البرامج التعليمية، وتعلم الطلاب. غير أن هذا التدريب سوف يكون غير ذي جدوى إن لم يتم تطبيقه.

٢ ــ تدريب الطلاب على طرق التعلم المستقل.

٣ ــ مدخل متسق لتعليم الطلاب الكفاءات (أي مجموعة المهارات، المعرفة، المواقف) اللازمة «للتقييم الشامل»، «التدخل السلوكي» و «الوصف الرشيد» تحت ظروف الممارسة الفعلية.

٤ ــ تدريب منظمي نظم أو برامج التعليم المستمر (في أسلوب حل المشاكل والتعلم القائم على الكفاءة تحت ظروف الممارسة)، خاصة فيما يتعلق بتحديد الإحتياجات التعليمية وتصميم وإدارة الأنشطة التعليمية لسد هذه الإحتياجات.

٥ ــ تثقيف الجمهور فيما يتعلق بالاستعمال الرشيد للأدوية كجزء من التعليم الصحي بهدف تعزيز ودعم مسئولية المجتمع والأسرة عن الحياة بصحة جيدة.

٦ ــ تدريب إداريي الرعاية الصحية على طرق مناطرة استعمال الأدوية النفسانية التأثير في الممارسة بالمستشفى والمجتمع على حد سواء.

* * *

الفصل السابع

دور التعليم المستمر (Continuing Education)

يميل تعليم المهنيين الصحيين على مستوى ما قبل التخرج في معظم الدول إلى إتباع النمط الغربي التقليدي الذي يتمثل في التدريس في الجامعة أو الكلية مصحوبا بالتدريب العملي والخبرة في المؤسسات. ويتباين مدى ومحتوى هذا التدريب من بلد إلى بلد وقد تمكن الكثير من المؤسسات من الكف عن اتباع هذا التقليد وذلك بزيادة نسبة التعلم القائم على المجتمع. ومع ذلك، فإن الخريج لا يكون عادة مهيئاً بدرجة كافية للعمل في العالم الواقعي، حيث لا تتوفر له الحماية من جانب المؤسسة، ولا يستطيع استشارة زملاء له أكثر خبرة بسهولة وينقصه الدعم التقاني (Edmondson, 1986 a).

وفي الواقع، فإنه نظراً لمعدل النمو السريع للمعرفة الطبية، لا يزيد ما يتعلمه المهني الصحي عند تخرجه عن القدر الذي يمنحه الترخيص الا قليلا. وما يهم بالتالي، أن يكون الخريج أو الخريجة قد اكتسب المهارات التي تمكنه من التعلم بفعالية، وقد أُعطي الفرص لزيادة معرفته وخبرته.

إن استمرار توفر فرص التدريب ضروري ذلك لأنه لا يمكن أن يُتوقع من الطالب قبل التخرج أن يكتسب جميع المهارات التي سوف يحتاج إليها، كما وأن الطب سوف يستمر في التقدم طوال حياته أو حياتها المهنية. وهناك بضعة مجالات في الطب كان التقدم فيها أسرع من التقدم في المعالجة الدوائية، وخصوصا معالجة الأمراض النفسانية.

وقد توفر المؤسسة التعليمية وهيئة التدريس الأقدم بها الخبرة والمعرفة

لأولئك الذين يرغبون في التخصص. والجامعة أو المؤسسة التقليدية قد لا تستطيع توفير فرص التعلم المناسبة على المدى البعيد من نطاق المهام الأوسع التي يضطلع بها طبيب الرعاية الصحية الأولية أو العامل الصحي. ولا يعني هذا عدم قدرة المؤسسة على القيام بدور تعليمي مستمر، ولكنه يعني أنها بحاجة إلى تحديد لهذا الدور. غير أن طبيعة تنظيمها وخدماتها نفسها تعني أنها لن تكون في حد ذاتها، كافية أو مناسبة. وفضلا عن هذا، فإن فرص الاتصال المستمر محدودة جدا بالنسبة لمعظم المهنيين الصحيين، الذين يعملون بمنأى عن الجامعات والمستشفيات التعليمية.

وهذه هي الظروف التي ينبغي فيها استخدام تأثير الحكومات والمنظمات الأخرى، المهنية والفنية والمجتمع إلى أبعد حد ممكن.

وقد بينت العديد من الدراسات الحاجة إلى مساعدة الأطباء والعاملين الصحيين على تعلم الإستعمال السليم للمواد النفسانية التأثير (Psychoactive). وفي دراسة حديثة لمنظمة الصحة العالمية في إحدى الدول، وجد أن العاملين بصحة المجتمع، الذين لا تُتاح لهم فرص منتظمة لزيادة معرفتهم، ولا يملكون الا المعلومات المحدودة التي تمكنوا من اكتسابها، كانوا يقومون باستعمال أدوية معينة على نحو غير واع مما يعرض المرضى للخطر.

كما بين البحث كذلك أنه حتى في الدول المتقدمة جدا، يتمتع الأطباء بفهم محدود لمصدر معلوماتهم عن الأدوية، وهم يغالون في تقدير تأثير المنشورات العلمية التي يُعوّل عليها ويبخسون تقدير تأثير المعلومات الدعائية (Avorn et al., 1982) وقد تبين أيضا أن الأطباء غير قادرين على تقييم صحة المكتوبات المنشورة.

وفيما يختص بتوفير التعليم المستمر، يوجد عدد من الاحتمالات، ومن ثم، فإن الحكومة عندما توفر الخدمات الصحية لشعبها، فهي تتحمل مسئولية ضمان توفير أفضل التسهيلات والنصائح الممكنة، متّسقة مع الموارد المتاحة وأولوياتها الأخرى. وكجزء من هذه المسئولية، يتعين على الحكومة أن تضمن أن يتدرب العاملون الصحيون وأن يسايروا التقدم فيما يتعلق باستعمال الأدوية شديدة

المفعول (Potent)، الاستعمال الأكثر فعالية بما فيها الأدوية النفسانية التأثير. وهذا يعد ضرورياً من وجهة نظر صالح المريض وتجنب تبديد الموارد على حد سواء. ومن الناحية الأساسية إذن، فإن ما تتخذه الحكومة من اجراءات هو في صالح الشعب، وهي بالتالي تستطيع فرض الالتزام بالوسائل النظامية.

وقد تم على مدى سنوات عديدة إقامة مجموعة متنوعة من المنظمات المهنية الجديدة وغيرها من المنظمات من أجل أولئك الذين يتمتعون بمهارات مهنية وخبرات مختلفة. وتمثل بعض هذه التنظيمات فئات مختلفة من العاملين الصحيين أو مجموعات المتخصصين وتعنى بالحفاظ على المعايير المهنية. ويعنى البعض الآخر بمرض أو عجز خاص، مثل الصحة العقلية (Mental Health)، أو الداء السكري، أو التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) أو التليف الكيسي (Cystic Fibrosis). وهذه التنظيمات هي بالدرجة الأولى مجموعات عون ذاتي توفر لأعضائها الخدمات والمعلومات، غير أن بعضها أخذ على عاتقه مسئولية إعلام المهنيين الأقل تخصصا بأوجه التقدم الطبي. كما أن كثيراً منها يتولى رعاية الأبحاث.

وعلى العكس من ذلك، تتميز تنظيمات المستهلكين بأنها تقوم على أساس مجتمعي بدرجة كبيرة، وتسعى إلى ضمان أن البضائع التي يحصل عليها المستهلك مأمونة وفعالة على حد سواء. وقد أبدت هذه التنظيمات نشاطاً كبيراً في تشجيع إعطاء قدر أكبر من العناية فيما يتعلق بوصف الأدوية النفسانية التأثير واستعمالها. وبالتالي، فإن الضغط على المهنيين الصحيين لأداء عملهم يأتي من جانبين هما الحكومات، من خلال أنظمة المراقبة التي تنشئها، والمجتمع، من خلال التنظيمات التي ورد ذكرها منذ قليل. وكلا الجانبين هام ونسوق هنا أمثلة على التعاون بينهما أدت إلى نتائج مفيدة.

وهناك مجموعة ثالثة لا ينبغي إغفالها وهي صناعة الدواء. فعلى الرغم من أن الممارسات التسويقية السيئة التي كانت تهدف إلى بيع الأدوية وليس تشجيع استعمالها استعمالا سليما، ليست غير معروفة، إلا أنه باستطاعة الصناعة أن توفر

موارد للتدريب ذات قيمة هائلة ويجري اجتذاب الصناعة على نحو متزايد إلى وضع استشاري.

والاحتمالات المختلفة التي أوجزت عاليه سوف يتم تناولها بصورة أكثر تفصيلا في الصفحات التالية.

الحكومات

للحكومات هدفان أساسيان فيما يتعلق بمراقبة الأدوية النفسانية التأثير:

١ ـ ضمان إمداد من الأدوية المأمونة والفعالة لسد الإحتياجات الحقيقية للسكان.

٢ ـ مراقبة المهن الصحية (Health Professions)، والإشراف على استعمالها للأدوية، واتخاذ الخطوات اللازمة لضمان تحديث معلوماتها.

ويمكن عادة تحقيق الهدف الأول بواسطة التنظيم القانوني، فالسماح بتسويق دواء في دولة ما لا يُقِّر الا بعد فحص دقيق للأدلة المتاحة من جانب كل من الصناعة والمصادر العلمية الأخرى، على مأمونيته وفعاليته، ولا يتم اتخاذ القرارات باستخفاف. ويسترشد الكثير من حكومات الدول النامية بالاجراءات التنظيمية لدول أخرى ذات موارد أكبر. غير أن الاحتياجات الصحية للمجموعات السكانية المختلفة قد تتباين ولابد من وجود تفاعل مستمر بين الهيئات الحكومية، والمؤسسات الجامعية، والمهن الصحية والمجتمع. وتضمن هذا التفاعل كثير من الهيئات القومية للرقابة على الأدوية بتبادل الموظفين بانتظام مع كل من المؤسسات الجامعية والصناعة، أو انتداب موظفي الهيئات لجزء من الوقت في الوظائف الجامعية والعكس.

الرقابة على الأدوية

قبل تسويق دواء ما، يتم تجميع قدر كبير من المعلومات عنه، ويجب أن تكون هذه المعلومات متاحة لأغراض التدريب. وكثير من الحكومات تقوم بالفعل بتقديم ملخصات لتلك المعلومات في منشورات سنوية أو نشرات منتظمة

للأطباء والصيادلة وغيرهم. وباستطاعة بعض الدول الأكثر تقدما التوفير الفوري لتسهيلات مرجعية عن طريق الحاسوب (Computer) للمستشفيات التي تتطلع على أحدث المعلومات بصفة منتظمة، حيث أن المعلومات عن دواء ما سوف تتغير كلما زادت الخبرة في استعماله. وعلى الهيئات الحكومية أن تدرك هذه التغييرات كما يجب أن تستجيب وسائل الرقابة المطبقة للخبرة الجديدة، وقد تتطلب إجراء تغييرات نتيجة لذلك.

ونظرا للاحتياجات الصحية الخاصة لمجموعة سكانية ما، قد يتم الإفراج عن بعض الأدوية الهامة قبل تسوية جميع المسائل المتعلقة بالمخاطرة المحتملة. ومن ثم، فقد يُفرج عنها رهناً بقيود معينة (Edmondson, 1983)، فيما يتعلق بـ :

١ ـ الاستعمال الاستقصائي (Investigational) وفقا لبروتوكول متفق عليه.
٢ ـ الاستعمال في مستشفيات معتمدة أو بواسطة اخصائيين.
٣ ـ الاستعمال من قبل مرضى معينين مصابين بأمراض معينة.
٤ ـ الاستعمال من قبل هيئة خاصة أو عن طريق وصفات يتعين على الواصف تعليلها.

ومثال للنوع الأخير من هذه القيود هو النظام الذي تم إدخاله في جمهورية ألمانيا الاتحادية عام ١٩٧٩ والذي ينطبق على جميع الأدوية المدرجة بجدول المعاهدات الدولية. فكل طبيب يتسلم، عند الطلب، عدداً محدوداً من نماذج الوصفات التي ينبغي استعمالها حينما يتم وصف هذه الأدوية. وينبغي تقديم تعليل لاستعمالها، وبالإضافة إلى الرقم المسلسل الموجود على كل وصفة، فهناك رقم آخر يحدد الواصف وتاريخ إصدار النموذج من قبل وزارة الصحة. والحد الأقصى من كميات الأدوية المعنية التي يمكن للطبيب وصفها معلن في القوانين، كما أن مدة صلاحية الوصفة محددة. وقد انخفض وصف هذه الأدوية إلى الثلث منذ أن بدأ العمل بهذا النظام، وذلك دون حدوث أي تغير ظاهري في نوعية رعاية المريض. ومن ثم، يبدو أن هذه المحاولة لتنظيم وصف الأدوية الخطرة قد حققت نجاحاً كبيراً.

وهناك عدد من الدول الأخرى، بما فيها البرازيل، أيسلندة، نيوزيلندة، الاتحاد السوفييتي، وفي الولايات المتحدة الأمريكية، ولاية فلوريدا، قامت بإدخال أنظمة مشابهة وحققت نفس النجاح فيما يختص بتنظيم وصف الدواء. ومما يؤسف له، أنه يبدو في دول أخرى أن مهنة الطب قد عارضت هذا النظام بشدة. وبالتالي، فهناك حاجة إلى مزيد من الجهود لمساعدة المهنة على إدراك قيمة مثل هذا النظام والفوائد التي تحققت في الدول التي أخذت به.

وثمة مجموعة متنوعة من المبادرات الأخرى التي تستخدمها الحكومات، قد تكون لها قيمة مباشرة أو غير مباشرة في التدريب. وهذه قد تشمل:

١ ــ الوسم (Labelling) الصحيح للمنتجات الصيدلية.
٢ ــ الرقابة على الدعاية.
٣ ــ توفير المعلومات للمرضى.
٤ ــ تقييم بيانات الاستعمال.
٥ ــ نظم إبلاغ فيما يختص بتفاعلات الأدوية المناوئة.

وقد تمت مناقشة هذه المبادرات في المنشورات الحديثة لمنظمة الصحة العالمية (Rexed et al, 1984, Rootman & Hughes, 1980) وبقلم (Edmondson 1966). وهناك مثل نسوقه فيما بعد يبين قيمة التعاون بين الحكومة والهيئات المهنية.

وفي كثير من الدول التي تشترك في مجموعة المعلومات الدولية حول التفاعلات المناوئة للأدوية تحت رعاية منظمة الصحة العالمية، تعمل إدارة الرقابة على الأدوية كوكالة جامعة للمعلومات، بيد أنه في دول أخرى حيث لا يمكن تخصيص موارد لهذه الخدمة، يمكن أن تتولى هذه المهمة بسهولة جمعية طبية أو صيدلية. وبالتالي يتم في جمهورية ألمانيا الاتحادية، جمع تلك المعلومات بواسطة الجمعية الطبية الألمانية. ويتمثل جزء هام من النظام في توزيع ملخصات بصفة منتظمة للنتائج الهامة على المهنيين الصحيين. وفضلا عن ذلك، يمكن الاستفادة من الفرصة التي تتاح للطبيب أو الصيدلي المشارك كي يتعلم من مشاركته. ويتم

تبليغ المعلومات المتصلة بالتقارير المتلقاة إلى الراسل كلما أمكن ذلك. وهذا من شأنه أن يقوي التزام الطبيب ويشجع على المزيد من المشاركة. كما أن هناك خدمة استشارية (Advisory) متاحة. وهذا المثال عن المشاركة والتلقيم الراجع (Feedback) يضيف بعدا من التعلم الذاتي غير موجود في معظم برامج التدريب.

وتظهر قيمة جمع المعلومات عن التفاعلات المناوئة فيما يتعلق بالأدوية النفسانية التأثير من النصيحة التي قدمتها الجمعية الطبية الألمانية إلى المجتمع الدولي في ١٩٧٣ وهي أن دواء التيليدين يمكن أن يحدث الإدمان، وقد أدى هذا في نهاية الأمر إلى وضعه تحت الرقابة الدولية. وفي المملكة المتحدة، (Wells, 1970) تمكنت إحدى الممارسات الطبية من أن تحقق انخفاضاً كبيراً في وصف الأمفتامينات والبربيتورات في أعقاب جهود مكثفة لتوعية كل من الأطباء والمرضى وقد أدى هذا إلى حملة قومية ناجحة جدا قامت بها الجمعية الطبية البريطانية للحد من استعمال البربيتورات.

ومثل هذه البرامج لا تشمل الأطباء وحدهم فأنظمة التفاعلات المناوئة للأدوية والأنظمة الأخرى للمراقبة بعد التسويق (Post - Marketing Surveillance) تتطلب عطاء من الصيادلة (اللجنة الاستشارية للتفاعلات المناوئة للأدوية، ١٩٨٢)، والممرضات وموظفين صحيين آخرين بالمجتمع. وقد بينت الدراسات المنشورة (Pinedo - Ocamp, 1982) كيف أن معلومات الصيادلة ومواقفهم قد أدت إلى تغييرات في المقررات التدريبية وأنظمة المعلومات.

الرقابة على المهن الصحية

إن بعض المبادرات المتصلة بالتدريب الوارد ذكرها سابقا تتطلب تعاونا بين المهن الصحية والحكومات. بيد أن هناك مجالا من المسئولية القانونية خاصا بالمهنيين من شأنه أن يمكن الحكومات من التأثير على معايير ومبادرات التدريب. فعلى سبيل المثال، كانت المجالس الطبية والهيئات المماثلة مسئولة فقط في الأصل عن التسجيل والإنضباط. غير أنها في كثير من الدول، مثل المملكة المتحدة، كان

لها تأثير متزايد على المعايير والمناهج الدراسية بالجامعات. وفضلا عن ذلك، فإن تأثير المجلس الطبي العام بالمملكة المتحدة لم يقتصر على هذه الدولة بل امتد إلى دول الكومنولث، كما أنه ساعد في التدريب التخصصي بعد التخرج وذلك بأخذ المؤهلات بعد التخرج اللازمة للتسجيل بعين الاعتبار.

وتتكون المجالس الطبية عادة من مهنيين صحيين، ومشرّعين وممثلين للمجتمع ومن ثم، فهي تشكل خبرة متنوعة من شأنها أن تؤثر على التدريب. وفي بعض الدول، كالولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، ظهر اتجاه لجعل حد أدنى من حضور المقررات بعد التخرج شرطا لاستمرار التسجيل، ولا سيما في مجالات الاختصاص. فمثل هذه الهيئات، نظراً لأنها تعمل مع الدواوين الحكومية عن قرب، فإنها تستطيع أن تؤثر على تطوير المبادرات الحكومية وأنظمة المعلومات مما يساعد على استمرار برامج التدريب.

وهناك نوع من أنواع الهيئات القانونية يكتسب قبولا على نطاق واسع في المجال الصحي وهو مجلس صحة المجتمع. وكانت هذه الهيئة موجودة في المملكة المتحدة منذ ١٩٧٤، وتم تأسيسها في السنوات الأخيرة في ولايتين في استراليا. وفي كلا البلدين، كان عمل الهيئة يتمثل في عقد لقاءات تضم العاملين الصحيين المهنيين، والمنظمات التطوعية التي تمثل المجموعات المختلفة، وممثلي المجتمع، وذلك للتعبير عن الاهتمامات والشكاوى وتقديم الاقتراحات للسلطات الصحية بالمنطقة. وبالرغم من أن الدور الرئيسي لتلك الهيئات كان توزيع حصص الخدمات الصحية داخل المنطقة، إلا أنه ينبغي الاعتراف بأن الاهتمامات المعبر عنها من شأنها أن تؤثر على تطوير القوى العاملة وبالتالي على كل من التدريب بعد التخرج والتعليم المستمر، وسوف تؤدي زيادة المشاركة في مثل هذه الهيئات من جانب العاملين الصحيين، ولا سيما الممارسين بالمجتمع إلى زيادة الفوائد طويلة المدى بالنسبة للخدمات. ومثل هذه الإدارة المحلية للخدمات الصحية لا تقتصر فقط على الدول المتقدمة، ولكنها تساهم مساهمة ذات أهمية متزايدة في دول نامية مثل الصين وتايلاند.

المنظمات غير الحكومية

لقد شجعت منظمة الصحة العالمية منذ عام ١٩٤٨ العلاقات الحميمة مع المنظمات غير الحكومية، اعترافا منها بالأهمية الكامنة لتبادل الآراء مع مجموعات من المهنيين وأعضاء من المجتمع يتمتعون بالخبرة والفهم في مجالات خاصة ذات اهتمام. فالناس والحكومات كذلك، لهم مصالح حيوية فيما تقوم به الأمم المتحدة من عمل.

وكل منظمة غير حكومية تمثل اهتماما معينا وتسعى إلى تحقيق تجديد في الخدمات المهنية وخدمات المجتمع والتأثير على السياسة في كثير من مجالات الصحة. ويعد التعاون مع السلطات الوطنية والمنظمات الدولية جزءاً هاماً من هذه العملية.

ولبعض هذه المنظمات اهتمام خاص بالوصف الصحيح للأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) ومعالجة عواقب سوء استعمال (Misuse) الأدوية والإدمان (Addiction). وهذه المنظمات تشمل جمعيات الصحة العقلية ورعاية الطفل والجمعيات النفسانية وغيرها. والبعض الآخر من المنظمات قائم على أساس مهني إلى حد كبير، بينما توجد هناك أيضا منظمات مختلطة أو يسهم فيها المجتمع بقدر أكبر. وتتكون هذه المنظمات بالدرجة الأولى من أشخاص لهم اهتمام بأمراض وأنواع عجز خاصة. وبالرغم من أنها مجموعات عون ذاتي بالمقام الأول، تدعم أعضاءها بالخدمات والمعلومات، الا أنها قد اتخذت دوراً أيضا في تخطيط السياسة ونشر المعلومات.

وهناك منظمة تهتم اهتماماً خاصاً بوصف واستعمال الأدوية النفسانية التأثير هي المجلس الدولي للكحول والإدمان وهيئاته الوطنية المساعدة. ومن ضمن مشروعات هذا المجلس مشروعان جاريان لهما أهمية خاصة، وفيما يلي وصف لهما:

١ ــ مشروع التدريب النيجيري الخاص بالاعتماد على الأدوية

يهدف هذا المشروع إلى توفير مجموعة مختارة كبيرة من الموظفين الصحيين يتمتعون بـ:

أ ــ معرفة أساسية بالأدوية النفسانية التأثير.

ب ــ معرفة متخصصة ومتعمقة فيما يتعلق بالأعمال الصحية.

جـ ــ مهارات متخصصة في علاج وإعادة تأهيل (Rehabilitation) الأشخاص الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالأدوية.

ويتم تقييم تأثير المشروع أثناء تقدمه وهناك نواة من الموظفين المحليين جيدي التدريب يجري تطويرها، وسوف تتمكن هذه النواة، في ظرف عدة سنوات، من مواصلة المشروع بنفسها. وقد تم تقديم مقررات تدريبية للممرضات، والعاملين الاجتماعيين، والصيادلة، وضباط السجون، والممارسين الطبيين والأطباء النفسانيين. ويجري حاليا ضم مشاركين من خارج نيجيريا بحيث يمكن إدخال المقررات في الدول المجاورة بعد إجراء التعديلات المناسبة.

٢ ــ مقرر التدريب الصيدلي الهندي

تم تصميم هذا المشروع بشكل رئيسي من أجل تعريف الصيادلة الهنود بمبادىء الرقابة على الأدوية على المستويين الوطني والدولي، ويشمل المقرر مناقشة مشاكل معينة خاصة بالدولة وتقديم التوجيهات فيما يتعلق بمناطرة الاتجاهات وجمع المعلومات لغرض صياغة السياسة. ويسأل المشاركون عن تحديد دور الصيدلي في مناطرة استعمال الأدوية ومنع سوء استعمالها. وتشترك بعض الدول المجاورة كذلك في هذا المقرر.

والمنظمات غير الحكومية متعددة ونشيطة أكثر ما تكون في الدول الصناعية، حيث تبدو مشاكل الدواء على أكبر درجة من الخطورة، غير أنه من المعقول افتراض أن الدول النامية سوف تكون في المستقبل هدفا رئيسيا لمورِّدي الأدوية المحظورة. وتلك المنظمات قادرة على تعزيز وتقوية المبادرات المحلية ذات الصبغة الثقافية الخاصة، لإعداد مستهلكي الأدوية في الدول النامية للتصدي لتسويق

الأدوية والترويج لها بصورة مكثفة، وتشجيع التوعية بالاستعمال السليم للأدوية من قبل العاملين المهنيين والمجتمع نفسه.

منظمات المستهلكين

لقد أُسست منظمات المستهلكين بداية لحماية المستهلكين من استغلال المصالح التجارية. وقد بدأت بفحص واختبار البضائع ونشر النتائج، كما أنها كانت تشجع على اتخاذ السياسات العامة التي تهدف إلى كبح جماح المساوىء التجارية. وأخذت هذه المنظمات فيما بعد، تهتم بالخدمات بما فيها تلك التي يقدمها المهنيون مثل المحامين وأطباء الأسنان وتولت إدارة الهيئات، مثل مكاتب البريد والخدمات الصحية. وفي جميع هذه الحالات، تعمل منظمة المستهلكين على ثلاثة مستويات:

١ ـ فهي تساعد أعضاءها من الأفراد بمدهم بالمعلومات الواضحة التي تساعدهم على اختيار ما يشترون والخدمات أثناء الاستعمال.

٢ ـ وهي تعبر من وجهة نظر المستهلكين بوضوح وبقوة إذا احتاج الأمر، لدى مورّدي البضائع أو الخدمات.

٣ ـ كما أنها تحاول أن تشجع على إجراء تغييرات في السياسة العامة والتشريع بما يحقق مصلحة المستهلكين. فالغرض الأساسي من منظمات المستهلكين هو إعلام المستهلك، غير أن لها بشكل مباشر أو غير مباشر، بعض التأثير على المعلومات المقدمة في التعليم المهني.

ومن أكثر الهيئات أهمية، تلك التي تعرف عادة بجمعيات المستهلكين التي تهتم بالمسائل الخاصة بالمستهلكين بجميع أنواعها، وتمثل الصحة جزءاً صغيرا منها فقط. وهناك مجموعة أخرى من الهيئات تتكون من جمعيات المرضى، ومن أمثلتها الجيدة، مجموعة الارتباط المتبادل بين الكلية الملكية للممارسين العامين بالمملكة المتحدة والمرضى.

وتتكون هذه الجمعية من أشخاص عاديين، يتمثل عملهم في إعلام

المهنيين بالمسائل التي تهم المرضى وتطوير السياسة في مجالات مثل مجال وصف الدواء. وهيئات الارتباط هذه تتيح فرصا حقيقية لزيادة الوعي والتعرف على المشاكل من منظور آخر. وغالبا ما تكون مجموعة العون الذاتي نشيطة في معالجة مشاكل معينة للمستهلكين قد تؤثر على أعضاءها.

وحديثا، تكونت بعض المجموعات المحلية لمعالجة مشكلة معينة وهي الاعتماد على أدوية مثل المهدئات (Tranquillizers) البنزوديازيبينية. ويقوم الأعضاء بمساعدة بعضهم البعض في محاولة التخلص من الأدوية، والتأثير على استعمال الأدوية بحيث يمكن تجنب ظهور الاعتماد. ويمكن لهذه المجموعات أن تكون بمثابة أداة مساعدة قيمة للممارسين بالمجتمع وأن تفتح سبيلا آخر لزيادة الوعي.

ومن أجل تدعيم تدريب الأطباء على مشاكل الأدوية المستعملة في الطب، قامت جمعية المستهلكين بالمملكة المتحدة، منذ عام ١٩٦٢، بنشر مجلة الدواء والعلاجيات. وتحتوي هذه المجلة كثيراً على مقالات عن الأدوية النفسانية التأثير ومسائل متصلة بها. ويتم توزيعها على جميع الأطباء الذين يصفون الدواء في انجلترا ومقاطعة ويلز. وقد أوضحت استقصاءات القراء المنتظمة أن المجلة موضع الاستعمال والتقدير

وفي عام ١٩٨٠، قامت المنظمة الدولية لاتحادات المستهلكين برعاية دراسة عن الحد الأدنى من المعلومات عن الأدوية التي يحتاج اليها الواصفون (Her-xheimer & Lionel, 1978) وعن احتياجات المرضى من المعلومات (Herman et al, 1978). وما زال هذا العمل جاريا كما يتم أيضا تثقيف المستهلك صحياً بطريق مباشر.

وهناك مشروع رئيسي مبكر عن الأدوية النفسانية التأثير وهو تقرير عام ١٩٧٢ «الأدوية المباحة والمحظورة»، الذي قام بنشره اتحاد المستهلكين للولايات المتحدة الأمريكية (Brecher, 1972). وفي ١٩٧٩، أصدرت منظمة المستهلكين المكسيكيين دليلا للخدمات الطبية والأدوية يضم أجزاء كبيرة عن الأدوية

النفسانية التأثير. وفي عام ١٩٨٢، قامت مجموعة أبحاث الصحة العامة للمواطن في واشنطن بنشر «وقف استعمال الفاليوم، الأتيفان، السنتراكس، الدلمان، الليبيريوم، الباكسيبام، الرستوريل، السيراكس، الترنكسين، والزناكس: وكشف حساب كامل عن أخطار هذه المهدئات»، والتي حققت أعلى نسبة مبيعات في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا.

وفي عام ١٩٨٤، قام مسلسل المستهلكين التليفزيوني التابع لهيئة الإذاعة البريطانية «هذه هي الحياة» بعرض برنامجين عن أخطاء البنزوديازيبينات والاعتماد عليها، تم إعدادهما بمساعدة MIND، الجمعية الوطنية لتعليم وأبحاث الأمراض العقلية في المملكة المتحدة. وقد طلب ٣٥٠٠٠ من المشاهدين الورقة التي تم إعدادها لمصاحبة ومتابعة البرنامجين، ٤٠٠٠ منهم كانوا من المهنيين والهيئات الاستشارية. ويبين ذلك بوضوح أن مشاركة الأفراد العاديين في أنشطة المستهلكين يمكن أن تؤثر على تدريب المهنيين. وفي الواقع، فإن باستطاعة أي مريض ذي اهتمامات ومتحقق أن ينبّه الطبيب إلى حاجته إلى التعلم.

وفي منتصف عام ١٩٨٤، قامت جمعية المستهلكين بنشر كتاب يضم قائمة بثمانمائة دواء غير فعّال، أويتم وصفه على نحو غير سليم أو مُغالي فيه، من ضمنها كثير من المهدئات، مع تحليل للأسباب وراء استمرار وجود هذه الأدوية واستعمالها (Medawar, 1984).

إن منظمات المستهلكين منظمات تطوعية تدعمها فقط اشتراكات أعضاءها. وبالتالي فإن الموارد المتاحة لانشطة التدريب، مثل التي ورد ذكرها عالية، محدودة، ومع ذلك، فإن المجموعات المهنية قد تعتبر مشاركتها في تخطيط ومراجعة الخدمات مساعدة كبيرة من توجيه أنشطة التدريب.

صناعة الدواء

تساهم صناعة الدواء في كثير من المبادرات التي ذكرت سابقا. وبوجه خاص، نظرا لأن شركات الأدوية تقوم بتطوير أدوية جديدة، فهي المصدر

الرئيسي للمعلومات حول المأمونية، والفعالية والتأثيرات غير المرغوب فيها بما في ذلك احتمال الاعتماد بالنسبة لهذه الأدوية. وحتى يتسنى لهذه المعلومات أن تساير متطلبات سلطات الرقابة على الأدوية في العالم، ينبغي أن تكون مفصّلة ومعوّل عليها على حد سواء. واستمرار الترخيص لدواء ما يعني في أغلب الأحيان ضرورة مشاركة الصناعة في برامج المراقبة بعد التسويق، التي يتعين عليها أن تشرك فيها أفراد أو هيئات طبية وصيدلانية مهنية.

والمعلومات التي يتم الحصول عليها هذه الطريقة يمكن ان تكون ذات أهمية كبرى في إرشاد الواصفين إلى الاستعمال الأأمن للأدوية النفسانية التأثير. فكلا الجانبين ، في واقع الأمر، يمكنه ان يتعلم من التعاون بين كل منهما الآخر، فعلى سبيل المثال، كان نتيجة لسلسلة حديثة من الدراسات قامت بإجرائها هيئات أهلية وعلاجية تطوعية حول استعمال دواء منوم (hypnotic) جديد، بيو برينورفين، ان يقرر المنتج أن الدواء غير مناسب لبرامج علاج الادمان (Australian Department of Health, 1986) .

وقد اقترحت الدراسة المتعاونة لمنظمة الصحة العالية حول استراتيجيات توسيع مدى الرعاية الصحية الأولية في الدول النامية، غير أن إعداد العاملين بالرعاية الأولية لتشخيص وعلاج هذه الاضطرابات غالبا ما يكون ضعيفا (Edgell, 1933, Herding et al., 1978). والدول النامية تعانى من مشاكل خطيرة في متابعة تسويق واستخدام الأدوية النفسانية التأثير على أراضيها. فهي في حاجة إلى معلومات يُعوّل عليها بدرجة أكبر حول أنماط المرض واستخدام الأدوية كي تكتشف احتياجاتها الحقيقية. وباستطاعة الصناعة اتخاذ خطوات لإتاحة هذه المعلومات للعاملين الصحيين وخصوصا الذين يشاركون من التدريب، بحيث أن تتمكن المعرفة الأفضل من المساعدة في منع سوء استعمال الأدوية.

ولصناعة الدواء دور هام في كل من توفير المعلومات الدقيقة ودعم المجموعات المهنية والسلطات الصحية في تنفيذ برامج التدريب، ويعد دستور اساليب التسويق الصيدلي (The Code of Pharmaceutical Marketing

(Practices، الـذي قام بـإدخالـه الاتحاد الـدولي لجمعيـات منتجي الأدويـة عـام ١٩٨١ خطوة أولى في ضمان ان المعلومات الترويجيّة دقيقة، وأخلاقية وقـائمة عـلى الأدلة العلمية. ومع ذلك، نظرا لأن المعلومات عن الأدويـة تزداد بشكـل مستمر مـع زيادة الخـبرة في الاستعمال الفعـلي للأدويـة المعنية، فـإن الصناعـة تحتاج الى مساعدة كل من الهيئات المهنية والسلطات الصحية في مناظرة الصلاحية المستمـرة لهذه المعلومات وتحديثها.

ومن شـأن التعـاون بـين هـذه المجمـوعـات دفـع عمليـة التعلم المتبـادل والمساعدة على التغلب على الانتقـاد بأن المعلومـات التي تقدمهـا الصناعـة متميزة بسبب الضغوط التجارية. ومثال هام على أهمية مثل هذا التعاون هـو الحملة التي أجريت في الولايات المتحدة خلال عام ١٩٨١، عنـدما تـزعمت الجمعية الـطبية الأمـريكية تشكـل اللجنة المـوجهة لسـوء استعـمال الأدويـة التي تصرف بمـوجب وصفـة، وتضم هذه اللجنـة منظمات وطنيـة وحكوميـة للقائمـين عـلى الـرعـايـة الصحية، وجمعية منتجي الأدوية، وجمعيات الصيادلة، وإدارة الأغـذية والأدويـة (FDA)، والوكالة التنفيذية الدوائية، والهيئات العـلاجية وغيرها من المجمـوعات المعنية. وكانت الأهداف الأساسية:

١ ـ تحديد طبيعة ومدى مشكلة سوء استعمال الأدوية التي تصرف بموجب وصفـة في كل ولاية؛
٢ ـ التعرف على الأطبـاء الذين يصفـون الأدوية عـلى نحو غـير سليم ومن أجل الربح؛
٣ ـ منع عمليات الـتزوير والسرقـة والأشكال الأخـرى للاستعـمال غير القـانوني للوصفات والأدوية.
٤ ـ تطوير التعاون مع المجموعات الأخـرى من أجل تـوفير المعلومـات للأطبـاء حول استعمال الأدوية الخاضعة للضوابط؛
٥ ـ إعـلام المـرضى والجمهـور عن الاستعـمال السليم لـلأدويـة ومخـاطـر سـوء الاستعمال؛

٦ ــ تقديم النصيحة للأطباء الممارسين بشأن علاج سوء استعمال الأدوية والاعتماد.

وقد تم تجميع المعلومات عن استعمال الأدوية الخاضعة للضوابط من عشر ولايات وتبين ان النظام كان بمثابة أداة فعالة في التعرف على ومكافحة تحول الأدوية النفسانية التأثير الى الاستعمال المحظور. كما انه ساعد على الاستخدام الأكثر فعالية لموادر الدولة. وهناك أنظمة مماثلة في بعض الدول تقوم بإدارتها إدارة الصحة، ومع هذا، فإنه حتى في مثل هذه الظروف، يعد تعاون الصناعة والمجموعات المهنية جوهريا.

وقد تم الإشارة الى الممارسات الترويجيّة غير المرغوب فيها. وينبغي الاعتراف بأن ليس جميع منتجي الأدوية اعضاء في جمعيات وطنية او دولية وبالتالي فهم غير مجبرين على مسايرة دستور اساليب التسويق الصيدلي الذي ورد ذكره سابقا. وفضلا عن ذلك، فإن بعض المنتجين قد يجدون صعوبة في مراقبة انشطة الهيئات في دول أخرى، مما يحدو بالمنظمات المهنية والتطوعية، بما فيها منظمات المستهلكين، من تلك البلاد، أن تكون يقظة وأن تعلن عن انتهاكات المعايير الأخلاقية، ولا سيما عندما يمسّ الأمر أدوية يمكن أن تسبب الاعتماد.

المنظمات الدولية

بالرغم من أن جميع المجموعات التي ورد ذكرها تستطيع ان تساهم في التدريب وأن يكون لها تأثيراً في البلاد أو المناطق التي تعمل بها، إلا أن خبرة الدول الأخرى سوف تثرى الى حد بعيد حصيلة المعرفة المتاحة.

وهناك منظمات دولية متعددة لها نشاط من كل من جمع وفحص المعلومات والمواد التي تناسب برامج تعليم الموظفين الصحيين، وفي تقديم المشورة المبنية على خبرتها الواسعة. واذا كان من المقبول ان تدريب المهنيين الصحيين يشمل زيادة معرفة اولئك الذين يعملون في جميع مجالات الممارسة بما في ذلك الحكومة، فإنه من المحتمل ان يكون للأنشطة التي تقوم بها المنظمات الدولية تأثيرا كبيرا. ومنظمة الصحة العالمية بوجه خاص، قامت بدور قيادي لعدة سنوات في جميع

الشئون التي تخص الأدوية، وهو ما اعترف به المؤتمر الدولي عن الاستعمال الرشيد للأدوية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧) الذي عقد في نيروبي في نوفمبر ١٩٨٥. وقد تم الاتفاق في هذا المؤتمر على ان تتولى منظمة الصحة العالمية ضمن اشياء اخرى مسئولية:

١ ــ تشجيع السياسات الدوائية الوطنية؛
٢ ــ رفع مستوى جمع وتحليل ونشر المعلومات؛
٣ ــ تشجيع الوصف الرشيد؛
٤ ــ توفير المواد التعليمية مما يؤدي الى رفع مستوى تدريب العاملين الصحيين على الاستعمال الرشيد للأدوية.

وتتأثر أنشطة المنظمة فيما يتعلق بفرط استعمال الأدوية النفسانية التأثير، بمسئوليتها وفقا للاتفاقيات الدوائية الدولية، والتي بمقتضاها تقوم المنظمة بدور استشاري علمي بالنسبة للجنة الأمم المتحدة للمخدرات (narcotics)، وهو موضوع تمت مناقشته تفصيلا في دراسة نشرت حديثا (Rexed et al., 1984). وقد اشير فعلا الى بعض أنشطة منظمة الصحة العالمية. وبالإضافة الى ذلك، عقدت المنظمة العديد من الحلقات الدراسية التعليمية (seminars) اشترك فيها أعضاء من هيئة التدريس بالجامعات، وموظفون حكوميون و مهنيون صحيون ممارسون في امريكا الجنوبية، غرب المحيط الهادىء، وأفريقيا، والبحر الكاريبي وآسيا. ويمكن الحصول على التقارير الخاصة بهذه الحلقات الدراسية من قسم الصحة العقلية، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

كما تقوم منظمة الصحة العالمية بمساعدة الدول الأعضاء في صياغة السياسات الدوائية وتشجيع القائمة النموذجية (model list) للأدوية. ومنذ ظهور أول هذه القوائم. في عام ١٩٧٧، تم صياغة قوائم أخرى على درجات متفاوتة من التعقيد لسد احتياجات المراكز الصحية بالقرى، والعيادات والمستشفيات، ويجري استعمالها كدليل من قبل العديد من الدول النامية. وأحدث هذه القوائم تم نشرها عام ١٩٨٨ (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٨).

وتضم القائمة الأساسية حوالي ٣٠ دواء نفساني التأثير تم اختبارها جيدا بشكل علمي وتتوفر بالنسبة لها المعلومات اللازمة لضمان استعمالها استعمالا سليما.

وتمت الإشارة كذلك الى مسئولية منظمة الصحة العالمية وفقا للاتفاقيات الدولية، وهي الاتفاقية الواحدة للأدوية، ١٩٧١ (وتم تعديلها ببروتوكول ١٩٧٢)، واتفاقية المواد النفسانية التوجيه (Psychotropic)، ١٩٧١. وقد أعلنت هاتان الاتفاقيتان الضوابط المتفق عليها بالنسبة لمجموعة كبيرة من المخدرات (narcotics)، والمهلسات (hallucinogens)، والمركّنات (sedatives)، والمقمهّات (anorexics) والمنبّهات (stimulants)، وأدوية أخرى ذات تأثيرات نفسية ويحتمل أن تسبب الاعتماد. ويتمثل الدور الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في تقييم مقارنة الفائدة بالخطر (Benefit- Risk Ratio) بالنسبة لهذه الأدوية، وذلك بناء على أدلة من مصادر عديدة، واقتراح ما إذا كانت هناك حاجة إلى ضوابط دولية، وإذا كان ذلك مطلوبا، فعلى أي مستوى.

وقد أدت هذه الأنشطة إلى مجموعة متنوعة من الموضوعات المنشورة تشمل تقارير لجان الخبراء (WHO 1977, WHO 1978) ومجموعات عمل متخصصة في الصحة العامة (WHO 1981) ودراسات تتناول الصحة العقلية (Edwards & Arif, 1980)، علم الأدوية[١][٢][٣] والفائدة العلاجية[٤]. وفي حين أنه لا توجد منشورات لمنظمة الصحة العالمية فيما يختص بالتعليم في مجال الأدوية، إلا أن هناك بعض المنشورات العامة عن تعليم المهنيين الصحيين (WHO, 1979, 1980).

ومن شأن هذه الأنشطة أن تقوى علاقة منظمة الصحة العالمية بلجنة الأمم المتحدة للأدوية المخدرة وقسم الأدوية المخدرة (narcotics)، والمجلس الدولي للرقابة على المخدرات وكلها تضطلع بمسئوليات معينة بمقتضى الاتفاقيات المذكورة عالية. وفضلا عن الرقابة في حد ذاتها، وقد تمت مناقشتها تفصيلا في مكان آخر (Rlexed et al., 1984)، تشترك هذه الهيئات في أنشطة تعليمية تهدف إلى الحد من

الطلب على الأدوية النفسانية التأثير واستعمالها استعمالا غير سليم. كما أنها مسئولة بمقتضى هذه الاتفاقيات عن تشجيع علاج، وإعادة تأهيل وإعادة دمج مسيئي استعمال الأدوية في المجتمع.

وهناك منشور منتظم (Bulletin on Narcotics) ومنشورات أخرى خاصة (UN Division of Narcotic Drugs, 1979, 1980) تحتوي على معلومات من شأنها أن توسع نظرة المسئولين عن الأدوية وتزيد خبرتهم. كما أن قسم المخدرات يقدم في معامله أيضا تدريبا فنيا قيّما.

وهناك وكالة تابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال التعليم، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، وهي تعد مصدرا للخبرة المنهجية التعليمية العامة، كما أنها قامت بإجراء دراسات ثقافية ذات صلة بسوء استعمال الأدوية وبحثت مكان التعليم من منع ذلك. وقد تعاون مكتب العمل الدولي مع كثير من الدول في تنظيم تدريب مهني ولإعادة تأهيل الأشخاص الذين يعتمدون على الأدوية والكحول، مما يضيف بعدا هاما آخر الى إدراك الاستعمال الرشيد للأدوية النفسانية التأثير.

الإستنتاجات

إن الحاجة إلى مواصلة التعلم طوال مدة الحياة المهنية يتطلب، نظرا لنمو حصيلة المعرفة والخبرة، جهودا خاصة من جانب المهتمين، بحيث يمكن الاستفادة من مصادر الدعم المتاحة. والحكومات، ومنظمات المستهلكين، وصناعة الدواء والمنظمات غير الحكومية بأنواعها تصلح لأن تكون مصادر رئيسية للمعلومات والمهارات التعليمية، مما يعد ذا قيمة كبيرة بشكل خاص بالنسبة للعاملين الصحيين البعيدين عن المراكز التعليمية ، فمهاراتهم وخبرتهم من شأنها ان تساعد وتكمل على السواء القرارات التي يتعيّن على الهيئات الحكومية اتخاذها. وتعد الوكالات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة، وبالمثل، مصدرا قيما للمشورة الخبيرة.

وفي البلاد النامية، حيث تكون الموارد المتاحة للإدارة محدودة، فإن كثيرا من الأعمال يمكن ان تقوم بها بسهولة الهيئات المهنية، والجمعيات التطوعية، والهيئات الأخرى التي ورد ذكرها. وحينئذ يصبح تحقيق التعاون بين المهنيين الصحيين أكثر احتمالاً كما تتاح الفرصة أيضا للتلقيم الراجع (Feedback) للمشورة والمعلومات التعليمية على مستوى مهني، وليس إداري.

* * *

الفصل الثامن
مصادر المعلومات

إن الغرض ببساطة من هذا الفصل هو مناقشة مصادر المعلومات التي قد تكون ذات فائدة في تدريب مهنيي الرعاية الصحية على الاستعمال السليم للأدوية النفسانية التأثير. وهذه المصادر تشمل المعلومات الدوائية الأساسية عن الأدوية نفسها، والمعلومات المكتسبة أثناء استعمال الدواء عمليا، والمعلومات الرقمية التي تساعد على تفسير هذه الحقائق أو وضعها في سياق واحد.

والهيئات التي يمكن ان تشارك في جمع المعلومات ذات الصلة تشمل الهيئة القومية للرقابة على الأدوية، والهيئات الصحية الحكومية وغيرها من الأقسام الحكومية، والمؤسسات الجامعية والبحثية، والمجموعات ذات الاهتمام الخاص والمنظمات التطوعية (voluntary) داخل المجتمع وصناعة الدواء.

وتضطلع الهيئة القومية للرقابة على الأدوية بمسئولية واضحة في جمع المعلومات، علما بأن هناك مجموعات أخرى قد تقوم بهذا العمل بإسمها كما أنها قد تشارك أيضا في صنع القرار. فالمعلومات التي يتم جمعها، مثلا، أثناء عملية التسجيل (registration)، يمكن ان تكون مستمدة من أبحاث تم إجراؤها، ومن الخبرة المكتسبة في المؤسسات الجامعية، ومن صناعة الدواء.

ومن الهيئا ت الأخرى في المجال الصحي التي تقوم بجميع المعلومات أو التي قد تكون أنظمتها مصدرا للمعلومات المفيدة تشمل هيئات العلاج وإعادة التأهيل (rehabilitation) والمنظمات الصحية بالمجتمع، وتضطلع هذه المنظمات الأخيرة بمسئولية خاصة بالنسبة لبرامج الوقاية والتعليم الصحي.

ومن الأقسام الحكومية الأخرى ذات الصلة التي يمكن أن تقدم معلومات، الهيئات التي تتولى تنفيذ القانون (Law- enforcement agencies) (الشرطة والجمارك) وخدماتها العلمية المساعدة، ووزارتي النقل والتعليم، والهيئات الإحصائية الحكومية، وهي ذات أهمية كمصدر للبيانات الأساسية حول المراضة والوفيات. ويتمثل الوضع الأمثل في تعاون الهيئات الحكومية في تخطيط جمع المعلومات. بحيث يمكن الربط على نحو أسهل بين مختلف العوامل المؤثرة. فعلى سبيل المثال، يمكن في الأماكن التي بها مجموعات سكانية معينة، سواء كانت محددة بمعايير جغرافية أو غيرها من المعايير، الربط بين استخدام الأدوية، ومعدل المراضة، وعدد الحالات التي تدخل المستشفيات، أو حوادث المرور مثلا، على نحو أكثر دلالة.

عملية التسجيل

يعد تسجيل دواء ما عملا إداريا هاما (Inman, 1979). فهو يؤكد أن هناك معلومات قد قدمت وتم تقييمها فيما يختص بجودة، ومأمونية، وفعالية دواء ما وأن هذا الإثبات قد قبلته هيئة الرقابة على الأدوية كإثبات مُرض، وحينئذ يمكن تسويق الدواء وصرفه للأفراد. والمعلومات اللازمة لهذا الغرض جوهرية، وتتكون من معلومات تم الحصول عليها من أبحاث أساسية ودراسات سريرية قام بإجراءها مؤسسات بحثية والصناعة، وهي قد تكون ثمرة سنوات كثيرة من العمل.

وتتكون عملية التقييم من ثلاث مراحل فيما يلي وصف لها، والتأثيرات النفسية التي يمكن أن تشير إلى احتمال حدوث الاعتماد قد لا تتضمنها أي من هذه المراحل.

١ ــ **الدراسات الكيميائية**. إن حقيقة أن يكون لدواء ما بنية كيميائية مماثلة لبنية دواء آخر معروف أنه من المحتمل أن يسبب الاعتماد، قد تشير إلى أن تأثيراته أيضا سوف تكون مماثلة. غير أن تماثل البنية ليس دليلا على تماثل التأثير ولكنه فقط يوحي للقائمين بالدراسة بأنه يتعين بحث الأمر. وتغيير

بنية دواء موجود من شأنه تعزيز تأثير نافع أو التخلص أو الحد من تأثير ضار على السواء.

٢ ـ **الدراسات على حيوانات التجارب.** يتم إجراء هذه الدراسات بصفة روتينية على الأدوية الجديدة وتتكون حصيلة من المعلومات عن التأثيرات الفزيولوجية والدوائية، والسمية (Toxicity) على المدى البعيد والقريب والمأمونية (Safety)، ولو ان المعلومات الناتجة قد لا يمكن تطبيقها بالضرورة تطبيقا مباشرا على الإنسان. وحينها يبدو محتملا أن يكون للدواء تأثيرات نفسية ذات شأن، يسعى المعمل المعني إلى التوصل إلى معلومات عن احتمال إحداث اضطرابات سلوكية أو سلوك ملزم للسعي إلى الدواء (Drug-Seeking Behaviour)، وعلى تأثيرات الانتزاع (Withdrawal) المحتملة.

٣ ـ **الدراسات السريرية.** في حالة وجود تأثير نفسي للدواء في الإنسان، فإن الدراسات قد تحدد التأثير على توتر وحركة العضلات، التركيز الذهني، عادات النوم، التغيرات في الخصية أو التغيرات النفسية الأخرى غير أن الإثبات الحقيقي، يحتمل بلوغه فقط من المراحل الأخيرة من التقييم أو حتى في مرحلة الاستعمال بعد التسويق، عندما يتم الإبلاغ عن علامات التعود أو أعراض الانتزاع (Withdrawal). وحينئذ قد يكتشف أن الدواء قد تحول إلى السوق المحظورة ويجري استعماله من قبل المدمنين لعدد من الأدوية. والأدوية الجديدة التي يحتمل أن تسبب الإدمان يمكن ان تخضع كذلك الى التقييم التجربي في مدمنين معروفين. وهذا يشمل دراسة موضوعات مثل كبت الانتزاع (Withdrawal)، واعتقاد المدمن بأنها «دواء» في عرفه، والاستبدال بنجاح. وهناك شكوك جوهرية حول اخلاقيات إجراء تجارب معينة من هذا النوع لم يتم البت فيها بعد.

وعندما يتم استخدام المعلومات الموصوفة عاليه من العملية التدريبية، ينبغي تذكر أن حصيلة نتائج الأبحاث قد لا تكون بالضرورة فرض ضوابط صارمة أو قيود على الدواء المعني. فقدر معتدل من الرقابة قد يكون مناسبا، ذلك

بالإضافة إلى تقديم النصيحة للواصفين وترتيبات للمتابعة.

وتتجمع بعد اتمام عملية التسجيل حصيلة ضخمة من المعرفة عن الدواء المعني ولا يجب اهمالها في سجلات الحفظ وسوف تستخدم بطبيعة الحال بعض هذه المعلومات على العبوات، غير أنها قد لا تُقرأ دائما بالعناية الكافية ويجب أن تكون ضيقة المجال. ويُقصد بها عادة أن تكون مصدراً مباشراً للمعلومات بالنسبة للطبيب الذي يستخدم الدواء. ويعتبر إعداد مثل هذه المعلومات على العبوات عادة جزءاً من عملية التسجيل ويتطلب مهارة وخبرة من أجل ضمان أن يتم إعلام الطبيب بصورة جيدة عن دواعي الاستعمال، الجرعة، التفاعلات (Reactions) والتأثرات (Interactions) المحتملة، السمية (Toxicity)، وما إلى ذلك وهذا مجال يمكن أن يكون التعاون الدولي فيه مفيدا، ويمكن للدول ذات الموارد الأقل الاستفادة من الدراسات التي قامت بها هيئات التسجيل الأكبر. وقد يكون من الضروري في أغلب الأحيان مقارنة معلومات النشرة المرفقة بالمنتجات الواردة من دول مختلفة، حيث أن الدواعي المصدق عليها لاستعمال الأدوية قد تتباين من دولةٍ إلى أخرى، وقد يكون السؤال عن أسباب ذلك ذا قيمة. وقد تشتمل مادة النشرة من دولةٍ معينة كذلك على معلومات عن التفاعلات المناوئة أو السمية، وموانع الاستعمال، أو، على العكس من هذا، أنظمة مُثلى للجرعات، مزايا خاصة ودواعي استعمال مفيدة، لم يتم بعد الاعتراف بها في أماكن أخرى. والتبادل الدولي للمعرفة والخبرة له مكان خاص في العملية التدريبية.

وقامت كثير من الدول بإنشاء مراكز وطنية أو اقليمية تكون بمثابة مصادر للمعلومات الدوائية التي تم الحصول عليها من مصادر مختلفة. وتقوم هيئات الرقابة على الأدوية في الاتحاد السوفييتي باستعمال هذه المعلومات لإعداد ملخصات مفصّلة يتم توزيعها على جميع الأطباء كي تساعدهم في الاستعمال السريري السليم لدواء ما.

كما قامت الهيئات الاسترالية للرقابة على الأدوية باستخدام المعلومات الموجزة لإعداد بروتوكولات دوائية فردية، تجمع كل المعلومات التي قد تفيد عالم

الأدوية التجربي، المجرب السريري، أو الطبيب الممارس. وهذه البروتوكولات متوافرة في «الهيئة الوطنية للمعلومات الدوائية» المتصلة مباشرة عن طريق فروع الحاسوب (Computer) بالمستشفيات الرئيسية في كل ولاية. وباستطاعة الطبيب أن يحصل على أحدث المعلومات عند الطلب. ويتم تحديث هذه المعلومات كلما تم التوصل إلى المزيد من المعلومات بعد التسويق، مثل المعلومات عن التفاعلات والتأثرات المناوئة، أو أدلة جديدة حصل عليها المنتج من التجارب السريرية. واستخدام مثل هذا النظام كأحد موارد التدريب يخضع لقيود معينة، حيث أنه ليس من السهل على جميع الأطباء الوصول إليه. وفي الواقع، فإنهم قد لا يقدرونه حق قدره. كما أن العمل بهذا النظام مكلف إلى حد بعيد ويتطلب خدمة مهنية حقيقية مع أنه يمكن مساهمة المراكز التعاونية الدولية أو الإقليمية في تحمل المسئولية.

وفي الولايات المتحدة، يقوم المعهد القومي للصحة العقلية والمعهد القومي لسوء استعمال الأدوية بتقديم المعلومات المتصلة بصفة خاصة بسوء استعمال الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) إلى المهنيين الصحيين. وتتم مراجعة المعلومات المقدمة من قبل خبراء في هذا المجال كما يتم تقديم إرشادات بخصوص الصور المختلفة للعلاج بالنسبة لاضطرابات معينة. وأحد الجوانب الهامة لهذه الخدمة هو أنها تشمل معلومات بشأن المعالجة الدوائية (Pharmacotherapy) والعلاجات البديلة على السواء.

تحديث المعلومات بعد أن يتم تسويق الأدوية

يعد تحديث المعلومات أمرا هاما، وخصوصا في ضوء التجربة السابقة مع الأدوية النفسانية التأثير (مثل البربيتورات والأمفتامينات) التي ظل احتمال تسبيبها للاعتماد غير مدرك لمدة طويلة. ومما لا شك فيه أن الأدوية يتم تسويقها قبل البت بصفة تامة في الشكوك حول احتمال تسبيبها للاعتماد، وينبغي اتخاذ الاجراءات المناسبة كلما، وحينما تتوفر معلومات جديدة.

وفي كثير من الدول، يتوقع من المنتج أن يقوم بجمع المعلومات، مثلا عن

التفاعلات المناوئة، لمدة محددة في أعقاب التسويق الأولي. وفي دول أخرى، تم ابتكار أنظمة لضمان التعاون بين هيئة الرقابة على الأدوية والمستشفيات والمؤسسات البحثية، أو مع الأطباء الممارسين. ويتطلب أي من هذه الأنظمة الاهتمام والتعاون الإيجابيين من جانب المشتركين فيه إذا أريد له النجاح.

أنظمة المناطرة التطوعية (Voluntary Monitoring Systems)

قامت دول كثيرة على مدى العشرين عاما الماضية، يشجعها المركز التعاوني للمناطرة الدولية للأدوية التابع لمنظمة الصحة العالمية بتأسيس نظم الإبلاغ التطوعية (VoluntaryReporting Systems) الخاصة بها. وليست جميع هذه الأنظمة تحت إدارة الهيئة القومية للرقابة على الأدوية، فبعضها قد تم إعداده بواسطة مؤسسات جامعية والبعض الآخر بواسطة جمعيات مهنية. ومزايا هذا التنظيم أنه يوفر مواردا تضاف إلى موارد الحكومة ويثري بصورة مباشرة نظام التدريب، وينبغي بالتالي، أن يولى أهمية شديدة.

إن كثيرا من التفاعلات المناوئة قد تمر دون ملاحظة أو قد لا يتم الإبلاغ عنها، وبالتالي يصبح من غير الممكن تقدير نسبة حدوثها. وقد يكون من غير الممكن كذلك مع المعلومات المحدودة المتاحة عمل شيء يزيد عن الشك في وجود ارتباط محتمل بين دواء ما وتأثير ما، بالرغم من أنه في بعض الظروف، وحتى في حالة تلقي عدد قليل من التقارير فقط، يمكن استنتاج السبب والتأثير. وتساهم حتى التقارير المفردة في حصيلة الخبرة السريرية.

وأهم استعمال لهذه المادة هو استعمالها في التدريب حيث أنه يتيح تعليقا متواصلا على المشاكل التي تتم مواجهتها نتيجة لاستعمال الدواء. والتلقيم الراجع (Feedback) للمعلومات التي يتلقاها الطبيب الممارس ضروري لتشجيع الاهتمام وزيادة الوعي بضرورة الابلاغ عن التفاعلات المناوئة. ومثال على ذلك رسالة قامت بإرسالها اللجنة الاسترالية لتقييم الأدوية إلى جميع الأطباء في أكتوبر ١٩٧٤ تخطرهم بحدوث إجهاض للسيدات اللاتي استعملن واقي دالكون Dalkon) (Shield كجهاز داخل الرحم (IUD). وقبل نهاية العام، تم تلقي تقارير عن ٦٧

من هذه الحالات، بعضها مرتبط بأنواع أخرى من أجهزة داخل الرحم، تشير بوضوح إلى وجود مشكلة.

بينما لا يكون من المتوقع أن يبلغ الأطباء عن إدمان الأدوية أو سوء استعمال الأدوية عن طريق هذه القناة، غير أنهم يفعلون ذلك أحيانا. فمثلا توضح هذه النقطة تقارير التفاعلات المناوئة لعام ١٩٨٣ في استراليا (قسم الصحة الأسترالي ١٩٨٣). في ذلك العام، كان هناك ٣٣ إشعاراً «بسوء الاستعمال» و ٤ «بالاعتماد على الأدوية». وكانت هذه الأدوية هي: كلوريد البوبرينورفين ٢٠، هيدرات الكلورال ٢، الديازيبام ١، الأوكسازيبام ١٢، الأميتريبتلين ١، البتيدين ١.

ولا توجد علاقة مقارنة بين هذه الأرقام، فهي ببساطة مجرد أحداث تم الإبلاغ عنها وهناك قدر كبير من الصدفة فيما تم أو لم يتم الإبلاغ عنه. فالدواء المسكن الجديد، بوبرينورفين، يشبه من ناحية التركيب الكيميائي المورفين، وقد تم إدخاله في استراليا في أواخر عام ١٩٨٢. وفي الدراسات المبكرة، كان الدليل ضعيفا حول احتمال وجود تأثير مسبب للاعتماد. غير أنه في ظرف عام واحد من تسويقه في نيوزيلندة، تم الإبلاغ عن التعرف على عدد قليل من حالات الإعتماد، وفي خلال عام ١٩٨٣، تلقت مصلحة الإبلاغ عن التفاعلات المناوئة للأدوية ٢٠ تقريراً عن الاعتماد على الدواء في المرضى الذين تعاطوه وجميعها من ولاية استراليا الغربية. وارتفع هذا العدد في أوائل عام ١٩٨٤ إلى ٦٤، فتقرر بحث المعلومات بصورة أدق.

وقد قام مجلس الاعتماد على الأدوية بجمع سجلات مدمني الأدوية الجاري علاجهم. وبمضاهاة سجلات المدمنين التي أوردت استعمال البوبرينورفين بالمعلومات التي تم جمعها من الصيدليات بواسطة قسم الصحة العامة، تبين أن هناك أكثر من ١٠٠ شخص يسيئون استعمال الدواء ـ في ولاية يسكنها ١٠٣ ملايين فقط. ومعظم هؤلاء كان قد تم علاجهم سابقا من أنواع أخرى من الإدمان. وفي الواقع، كف عدد من المدمنين عن الاشتراك في برامج الميتادون حيث أنهم وجدوا أن بإمكانهم الحصول على بديل مُرض من الطبيب المحلي.

وبينت الأرقام التي قدمها منتج هذا الدواء أن معظم المبيعات قد تمت في هذه الولاية وحدها. غير أنه بإدخال ضوابط أشد في هذه الولاية، انخفض استعمال الدواء بصورة مثيرة، مع احتمال زيادة استعماله في ولايات أخرى. والسؤال الذي يوجه للإداريين الآن ما إذا كان هناك بد من تطبيق أعم لضوابط أشد على استعمال الدواء.

ولو لم تكن مجموعة من الأطباء على وعي ولم تستخدم نظام التفاعلات المناوئة لتوجيه الاهتمام إلى مشكلة متفاقمة، لكان من غير الممكن اتخاذ إجراء بمثل هذه السرعة، وذلك على الرغم من أن الاستقصاء المفصل الذي تلا ذلك هو الذي قدم الدليل القوي على ضرورة اتخاذ المزيد من الاجراءات ضد استعمال المدمنين لهذا الدواء كدواء بديل.

ويدل هذا المثال على أن الإبلاغ التطوعي التلقائي يمكن أن يؤدي إلى دراسات أكثر دقة، والتي من شأنها، في ظروف أخرى، أن تؤدي إلى رفض تلك التقارير من الممارسين، نظرا لعدم إمكانية إقامة الدليل عليها.

دراسات أخرى عن استعمال الأدوية

نظرا للقصور الواضح للإبلاغ التلقائي، (Spontaneous Reporting)، تم إدخال نظم مختلفة لمتابعة التأثيرات المحتملة للأدوية المصرح بتسويقها. وتعتمد هذه النظم على الاستنتاجات الأولية لعملية التقييم عند ملاحظة تأثير مريب أو مشتبه فيه، على سبيل المثال، ملاحظة تأثير للانتزاع (Withdrawal) أحيانا في إحدى الدراسات في حيوانات التجارب، أو ظهور سلوك السعي إلى الدواء (Drug - Seeking Behaviour) مع دواء نفساني التأثير، أو قد يكون هناك ما يشير إلى التحمل في إحدى التجارب السريرية. وينبغي أن يتم الوصول إلى الإثبات، في أي من الاتجاهين، أثناء الاستعمال السريري الفعلي، وقد يستغرق هذا عددا من السنين.

والطرائق الممكنة هي:

١ ــ دراسات مستقبلية قائمة على أسس عريضة تحت مراقبة منتج الدواء، الذي يعلم أين يتم استعمال الدواء.

٢ ــ دراسات مستقبلية في مستشفيات فردية، ويتم جمع المعلومات وفقا لبروتوكول تجريبي متفق عليه بالنسبة لدواء معين.

٣ ــ دراسات مستقبلية أو استعادية لممارسات الأطباء.

٤ ــ دراسات استعادية (Retrospective) «للاستعمال المسجّل للدواء».

وفي الطريقة الأخيرة، تقوم صيدليات محددة معينة بتسجيل هوية المرضى الذين يصرف لهم دواء معين. فيصبح من السهل فيما بعد استقصاء مجموع المرضى، إما بطريق مباشر أو من الأفضل عن طريق أطباءهم. وهذه الطريقة طريقة مفيدة ولكن قد تكون هناك صعوبات متعلقة بالخصوصية.

دراسات حول توافر الأدوية

يمكن الوصول إلى المؤشرات العامة على استعمال الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) على المستوى القومي بطرق تدوين الحسابات البسيطة. فيمكن الحصول على المعلومات، مثلاً، بخصوص استيراد وتصدير الأدوية، حركة الدواء من خلال المنتجين وتجار الجملة، إلخ، مشتريات المستشفيات والمبيعات إلى صيدليات التجزئة. وكثير من هذه المعلومات تقضي بها الاتفاقيات الدولية بشأن المخدرات والأدوية النفسانية التوجيه (Psychotropic) والتي بمقتضاها يتعين على الموقعين على الاتفاقية تقديم مجموعة متنوعة من التقارير يتم استعمالها في المناظرة الدولية وصنع القرار (Rexed et al, 1984). غير أنه ينبغي تذكر قصور مثل هذه المعلومات العريضة. فالمعطيات عن المبيعات، على سبيل المثال، أو حتى الوصفات الفعلية، لا تمثل بالضرورة تعاطي الدواء من قبل المرضى، وربط وصف الأدوية بالمرضى أو بتعداد السكان في مناطق معينة محفوف بالمصاعب.

وقد يكون المثال المساق فيما يلي عن كيفية استعمال تلك البيانات حول الاستخدام العام مفيدا.

يقوم نظام لمناظرة الأدوية في استراليا بجمع وتحليل المعلومات عن جميع

الأدوية المدرجة في الاتفاقية المفردة وعدد آخر من الأدوية، يُعتقد في استراليا أنها تتطلب رقابة من نفس الدرجة بسبب خواصها الإدمانية، كما أن النظام يشمل كذلك بعض الأدوية التي تندرج تحت اتفاقية المواد النفسانية التأثير، ١٩٧١ .

وترسل المعطيات إلى الوحدة المركزية لجميع عمليات الاستيراد، التصدير والتصنيع في استراليا. ويتم تسجيل حركة الدواء من المستورد أو المنتج إلى الصيدليات مرورا بتجار الجملة، أو إلى الأطباء بصفة فردية الذين يمكنهم الطلب مباشرة، ويوجد في ولايتين نظام محلي يقوم بالإضافة إلى ذلك بمناطرة الوصفات الفردية فيما يختص بكل من الواصف والمتلقي .

وتتلقى كل واحدة من السلطات الصحية للولايات تقريراً على فترات منتظمة حول توزيع هذه الأدوية داخل نطاق سلطاتها. وقد تكون هذه التقارير ذات طبيعة عامة مع مقارنات ما بين الولايات، وقد تبين مقارنات بين المناطق البريدية داخل الولاية، أو كميات الأدوية التي تم صرفها من الصيدليات بصفة فردية، والمستشفيات، إلخ . ومن شأن تحليل البيانات أن يوضح كذلك وجود أي تناقضات في المخزونات والتوريدات على مختلف المستويات .

وكانت أرقام استهلاك أقراص وكبسولات الميتاكوالون في خمس ضواحي داخلية لإحدى عواصم الولايات في خلال عامي ١٩٨٠ و ١٩٨١ كما يلي :

الضاحية	١٩٨٠	١٩٨١
أ	١٥٠١٢٥	١١٣٨٠٠
ب	٦٩٢٥٠	١٧٤٠٠
جـ	٣٣٣٢٥	١٩٣٠٠
د	٢٨٣٧٥	٢١١٠٠
هـ	٢٥٥٠٠	٢١٢٥٠
الإجمالي بالولاية	٨٩٢٦٧٥	٥٧٤٢٠٠

والضواحي المعنية هي ضواحي داخل المدينة، متجاورة وذات حجم

جغرافي متماثل، وإن كانت تعداداتها السكانية مختلفة. وهذه الأرقام تمثل إجمالي المبيعات في المنافذ الصيدلية في كل ضاحية وإن كان المرضى ليسوا بالضرورة من سكان الضاحية المعنية. غير أنه من الواضح أن حوالي ٢٠٪ من كمية الدواء الموصوف في الولاية بأكملها تم وصفه في ضاحية واحدة من المدينة عاصمة الولاية.

وقد تم حظر استيراد الميتاكوالون من جانب السلطات الدوائية الفيدرالية في يونيو ١٩٨٠ وأعطى قدر كبير من الدعاية لقرار حظر الاستيراد واستعمال الميتاكوالون من قبل المدمنين. غير أنه سُمح ببيع الدواء الذي كان موجوداً بالفعل داخل الدولة طبقا لقانون الدولة. ويستطيع المرء أن يقترح أن الانخفاض في المبيعات عموما وفي معظم الضواحي، يعكس زيادة المعرفة بأخطاره.

وقد أظهر الاستقصاء الذي أجرته سلطات الولاية للصيدليات في الضاحية ذات أكبر حجم من المبيعات أن ثلاثة أطباء في هذه الضاحية كانوا مسئولين عن معظم الوصفات، ويقال أن أحدهم قام في شهر معين بوصف حوالي ١٥٪ من إجمالي الولاية، وطبيب آخر حوالي ١٠٪ والثالث حوالي ١٪. وكان هناك في ذلك الوقت ١٠٠٠٠ ممارس طبي مسجلين بالولاية. ومن المفهوم أنه كانت هناك سوق سوداء مزدهرة للميتاكوالون في هذه المنطقة وقد وجدت محكمة طبية تأديبية، يرأسها قاضي، أن الثلاثة ارتكبوا ذنب سوء السلوك المهني، حيث اعتبرت المحكمة أن الأدوية يتم اعطاؤها للمريض بالطلب (Edmondson, 1985).

الهيئات المنفذة للقانون

تعد الهيئات المنفذة للقانون مصدرا للمعلومات عن موضوعات مثل ظهور الأدوية في النشاط التجاري المحظور، الكميات المصادرة من دواء معين، الطلب على أدوية معينة، وتجريم حيازة الأدوية والاتجار فيها وتهريبها. غير أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من ملفات تنفيذ القانون، مثلها مثل غيرها، متحيزة إلى استعمالها الأولي. فهي تبين جانباً واحداً من جوانب مشكلة، وينبغي النظر إليها في سياق شامل.

وكتوضيح لهذا، أبدى القائمون على تنفيذ القانون قلقهم في السنوات الأخيرة بشأن الكميات المتزايدة من الكوكايين التي تمت مصادرتها. وتبين المعلومات التي جمعها المجلس الدولي للرقابة على المنومات زيادة تقدر بعشرة أضعاف في الكميات التي صادرتها الشرطة والجمارك في بعض الدول على مدى بضع سنوات فقط. وتناقض هذه المعطيات معلومات حديثة جدا من إحدى الوحدات الرئيسية للاعتماد على الأدوية في إحدى المدن الكبرى، حيث أدلى مدير الوحدة بالتعليقات التالية فيما يتعلق بعمل الوحدة في تلك المدينة:

«إن معظم متعاطي الهيروين والأدوية المحظورة يمرون على الوحدة. وعلى مدى العامين إلى الثلاثة أعوام الماضية، تلقينا ما يقرب من ٣٠٠ متعاط «لأدوية صعبة» (Hard Drug Users) يسعون إلى العلاج. ولم يكن أي منهم متعاطيا للكوكايين كدواء رئيسي.. وبالرغم من أن متعاطي الهيروين بصفة عارضة يقبل تعاطي الكوكايين، إلا أن الكوكايين نادرا ما كان الدواء المتعاطى الرئيسي.. وفي خلال العامين الماضيين كانت الوحدة تقوم بفحص ٢٥ عينة بول كل أسبوع للكشف عن تلوثها بأدوية الشارع. وكان نادرا ما يبين الفحص وجود الكوكايين. وفي اعتقادي أن الكوكايين يمثل مشكلة قانونية غير ذات أهمية».

ويمكن إعطاء أمثلة مشابهة للمثال المذكور عاليه فيما يتعلق بأدوية أخرى، ويبدو أنه من الصعب التوفيق بين معطيات الهيئات المنفذة للقانون ومعطيات الهيئات الصحية.

وأهم نقطة هي أنه، حتى يتم تصنيف دواء ما من الناحية القانونية كمسبب للإدمان، فإنه لن يكون ذا أهمية خاصة بالنسبة للشرطة ولن يظهر في الإحصائيات، ولن يمكن مقاضاة من يوجد الدواء بحيازته، حيث أن هذه المقاضاة غير قانونية. بينما قد تشير الأنشطة الإجرامية، مثل السرقة، إلى اهتمام غير عادي.

ويعد المعمل الشرعي مصدراً للمعلومات من نوع آخر. ففحص سوائل الجسم التي يحولها المحقق إلى المعمل من جثث ضحايا الحوادث أو من أشخاص

متهمين بجرائم معينة، أبرزها قيادة السيارات تحت تأثير الكحول أو الأدوية، قد يظهر الدليل على تعاطي الأدوية. غير أن تفسير نتائج الاختبار ليس مباشرا. فعندما تكون الأدوية معروفة جيدا، يمكن الربط بين نتائج التحاليل الكمية لسوائل الجسم بدرجات مختلفة من المفعول الدوائي النفسي (Psycho Pharmacological) أو الاعتلال البدني أو السمية.

وبينما يعتبر من المهم مناطرة الإتجاهات الشائعة بالنسبة للأدوية المُساء استعمالها إلا أنه من المهم كذلك العمل على إدراك تأثيرات الأدوية الأحدث. وهذا مجال للبحث يعتبر التعاون فيه بين صناعة الدواء والمؤسسات البحثية الجامعية، وهيئات تسجيل الأدوية والمعامل الشرعية الحكومية ضرورية بصفة ملحة.

مصادر أخرى

إن السجلات والبيانات التي يتم جمعها في المستشفيات العامة، والمستشفيات العقلية والمراكز العلاجية يمكن استخدامها لإثبات «الاعتماد على الأدوية» أو «فرط استعمال الأدوية» وإثبات الاتجاهات الشائعة في استعمال أدوية معينة. غير أنها قد لا تشير دائما إلى فرط الاستعمال نفسه، ولكن إلى نتيجةٍ لفرط الاستعمال هذا. فتشمع الكبد (Liver Cirrhosis) أو اعتلال فرنيك الدماغي (Werniche's Encephalopathy) يشيران عادة إلى فرط استعمال الكحول وقد يرتبط السلوك الذهاني باستعمال الأمفتامين والحشيش. وقد تتمكن سجلات المستشفيات كذلك من إثبات أخطار صحية عامة ثانوية ولكن شديدة ومرتبطة بالأدوية، مثل التهاب الكبد (Idampanm - Heikhila & Khan, 1981, WHO, 1981) وبالتالي، فإنه من الأهمية بمكان تسجيل الأحداث غير العادية أو غير المتوقعة المرتبطة بالأدوية المؤثرة النفسية بحيث يمكن، على المدى الطويل، تقييم احتمال فرط استعمالها وأخطار فرط الاستعمال هذا، تقييماً سليماً.

وغالبا ما يظهر فرط استعمال الأدوية في صورة انسمام حاد (Acute Intoxication)، ويذهب المريض أحيانا إلى الخدمات العاجلة كحالة تسمم ذاتي.

وهذا الانسمام قد لا يكون، بطبيعة الحال، مرتبطا بالاعتماد، بيد أنه لا يجب إغفال هذا الاحتمال. والسبات (الغيبوبة) (Coma)، وخمود التنفس (Respirat-ary Depression) هما المظهران الشائعان للتأثيرات السمية الحادة للأدوية النفسانية التأثير، ولكن قد تكون هناك مظاهر نفسانية، مثل الذهانات التسممية (Toxic Psychoses)، الأهلاس (Hallucinations)، التوهمات الزورانية (Para-noid Delusions)، إلخ. كما أن هناك درجات خفيفة من الإنسمام (Intoxication) يُفقد فيها التحكم في الذات إلى حد ما مما يؤدي إلى الإصابة؟ وهذا إلى جانب الإصابات الرئيسية المرتبطة بحوادث المرور. فينبغي بالتالي أن تكون خدمات الطوارىء مدّربة على فحص المعلومات بشأن استعمال الأدوية، فقد يكون هذا مفيدا في كل من معالجة المرضى وما يتعلق بالمسائل الأشمل للرقابة على الأدوية.

وثمة تأثير خطير آخر لتفاقم فرط استعمال الدواء وهو متلازمة الانتزاع (Withdrawal Syndrome) في الولدان. وهي متلازمة مهددة للحياة وينبغي الاعتراف بها على وجه السرعة. ومنذ عهد أقرب، تزايد التنبه إلى أخطار إكراه الأطفال على تعاطي الأدوية من قبل أبوين مدمنين أو مضطربين؟ والمعلومات عن مثل هذا التعاطي يحتمل أن تلفت إنتباه هيئات الخدمات الاجتماعية أو رعاية الطفل المعنية إلى مجالات سوء معاملة الأطفال. فالهيئات المختلفة المعنية بحاجة بالتالي إلى التعاون في جمع المعلومات لتكملة صورة مشكلة أسرية اجتماعية ناتجة عن فرط استعمال الدواء.

وهذه الأمثلة وغيرها من الأمثلة تبين أنه عند جمع المعطيات عن سوء استعمال الدواء، ينبغي الاطلاع على جميع المصادر الممكنة لهذه المعطيات. فالمؤشرات قد تقدم ما هو أكثر من الإشارة، ولكن بحثها قد يمكن من تحديد فرضية، يمكن اختبارها بعدئذ.

والغرض الرئيسي من جمع المعلومات التي ورد وصفها في هذا الفصل هو تحديد الاتجاهات الشائعة بالنسبة لاستعمال وسوء استعمال الأدوية النفسانية التأثير. وبالتالي، فالتفاصيل حول أفراد معينين ليست مطلوبة ومع ذلك، ينبغي

دائماً تذكر واحترام حق الخصوصية كما ينبغي مراعاة أعلى المعايير الأخلاقية للإئتمان على الأسرار في جميع الدراسات.

الاستنتاجات

إنه لمن الأهمية بمكان ضمان أن تشترك جميع الهيئات التي يحتمل أن يكون لها اهتمام بسوء استعمال الأدوية في جمع المعلومات والمعطيات وثيقة الصلة بالموضوع. فهذا من شأنه المساعدة على:

١ ـ ضمان أن تكون المعلومات بمجرد جمعها، متاحة لأغراض التدريب وكمصدر مرجعي.

٢ ـ تشجيع التعاون بين الهيئات، ولا سيما هيئات الصحة وتنفيذ القانون وهيئات المجتمع، وتوضيح مدلول المعطيات التي تم جمعها وعلاقاتها ببعض البعض؟

٣ ـ تشجيع التنبه في الأوساط الصحية والأهلية إلى «مؤشرات» المشاكل والاتجاهات الشائعة الجديدة بالنسبة لسوء استعمال الأدوية.

٤ ـ تشجيع جمع واستخدام المعلومات مع مراعاة خصوصية الأفراد.

٥ ـ زيادة الاستخدام العملي للمعلومات التي تم جمعها.

فلا معنى لجمع أية معلومات لمجرد جمعها فقط.

* * *

الفصل التاسع
نشـــــر المعلومـــات

كـما تم التأكيـد عليه في الفصـول السـابقـة، فـإن سـوء استعـمال الأدويـة النفسانية التأثير (Psychoactive) مشكلة كبيرة ومتفاقمة باطراد في مناطق كثيرة من العالم. وأصبح لمنع أو الحد من الأذى المتعلق بالدواء أولوية كـبرى حتى في الدول التي كـانت إلى عهد قـريب تعـاني من مستـويـات منخفضـة من استعـمال وسـوء استعمال الأدوية النفسانية التأثير. ومن أجل إقرار مدخل رشيد وفعال إلى مشاكل الدواء، فإنه من الضروري أن تتاح لجميع المعنيين بهذا الأمر سهولة الحصول على معلومات دقيقة وحديثة. فكثـيرا ما تعتـبر «الثقافـة الدوائيـة» (Drug Education) سلاحا لا غنى عنه وذا قوة كامنة في مستـودع أسلحة منـع سوء استعـمال الأدوية. ويتم، في هذا الفصل، تناول بعض الطرق الممكنة لنشر المعلومات حول استعمال وسوء استعمال الأدوية، وعلى الأخص فيما يتعلق بمهنيي الرعاية الصحية.

ما الذي يمكن أن تحققه المعلومات والثقافة؟

بالنظر إلى الأسباب الكثيرة للأذى المرتبط بالأدوية، فهناك حاجة إلى تقييم واقعي لما يمكن تحقيقه بنشر المعلومات. ومن المألوف، فيما يتعلق بالمناقشات حول سوء استعمال الدواء، استنتاج أن «الجواب»، أو على الأقل الحل الهـام المحتمل، هو الثقافة. ويعتمد هذا الرأي على الإفتراض بأنه، إذا أُعلم النـاس «بالحقـائق» حول الأدوية، فسوف يتصرفون حينئذ بطريقة أرشد وأأمن فيما يتعلق بها. وهـذا صحيـح في بعض الأحيان ولكن ليس دائـما. فالثقـافة في حـد ذاتهـا ليست حـلا لجميع المشاكل. ومن غير المعقول توقع أن من شأن نشر المعلومات في حد ذاته أن

يعادل جميع المؤثرات التي تحدو بالناس إلى إستعمال أو سوء استعمال الأدوية. فكثير من المشاكل المرتبطة بالدواء ينشأ لأسباب غير منطقية على الإطلاق. وقد يسهم فيها أناس، كالصيادلة، أو الأطباء، أو الممرضات، الذين يعلمون الكثير عن تأثيرات المواد التي يأخذونها وأخطارها المحتملة. فمن المهم عدم توقع الكثير من الثقافة.

ومن ناحية أخرى، هناك مزايا واضحة في ضمان أن يتم إعلام العاملين بالرعاية الصحية وغيرهم ممن لهم ضلع في وصف الدواء ومشاكل الدواء على أحسن وجه ممن. ولن يتم تهيئة الناس على نحو واف لتجنب مشاكل الدواء أو الإستجابة لها إلا بنشر تلك المعلومات على نطاق واسع. فعلى سبيل المثال، إذا كانت هناك تأثيرات جانبية لدواء جديد تم تسويقه بطريقة جذابة، فينبغي الإعلام عن هذا على أوسع نطاق ممكن حتى يتسنى إقرار بدائل أأمن. وإذا كان فرط وصف الدواء يؤدي إلى الإعتماد أو إلى «سوق رمادية» (Grey Market)، يتم فيها انتقال الأدوية إلى متعاطين آخرين، فقد تكون المعلومات الخطوة الأولى الفعالة في مكافحة أو القضاء على مشكلة يمكن تجنبها.

ويمكن أن يؤثر نشر المعلومات على المعرفة، أو المواقف، أو السلوك. وتوحي الأدلة المتاحة بأن التغير السلوكي هو أصعب هذه الأهداف الثلاثة تحقيقا. وهناك مقالة حديثة أثارت عددا من المسائل النظرية والعملية المثيرة للتفكير والهامة فيما يتعلق بالثقافة الصحية (Rose 1985). ومن ثم، فقد أشير إلى أن الاستراتيجية الموجهة إلى أفراد «مرضى» أو «معرضين للمرض بدرجة كبيرة» قد تكون غير ذات صلة فيما يتعلق بمجموع السكان. وهذا هو ما يسمى «بالمفارقة المنعية» (Preventive Paradox). وقد فصلت المؤلفة، Rose، هذه المفارقة كما يلي:

«لقد كان تاريخ الصحة العامة ـ تاريخ التمنيع (Immunization)، هو ربط أحزمة المقاعد، أما الآن فهو محاولة تغيير الخصائص المختلفة لأسلوب الحياة. وهذه التدابير وإن كانت ذات أهمية كامنة هائلة بالنسبة للسكان ككل، إلا أنها

تقدم القليل جدا، ولا سيما على المدى القصير، لكل فرد، ومن ثم فإن الأشخاص لا يحفزون إلا بقدر ضئيل جدا. ولا يجب علينا أن نندهش لأن التثقيف الصحي يميل إلى أن يكون غير فعال نسبيا بالنسبة للأفراد وعلى المدى القصير.

ففي أكثر الأحيان، يعمل الناس من أجل مكافآت كبيرة ومباشرة والتحفيز الطبي للثقافة الصحية ضعيف على نحو متأصل. فلا يحتمل أن تكون صحة الناس أحسن بكثير في العام التالي إذا قبلوا نصيحتنا أو رفضوها. وتعتبر المكافآت الإجتماعية، التي تتمثل في تشجيع احترام الذات والاستحسان الإجتماعي، من المحفزات الأقوى بكثير للثقافة الصحية.

ولا يجب تفسير هذا كما لو كان يعني ضمنيا أن التثقيف الدوائي غير ذي فائدة. بل على العكس من ذلك، فهو جدير بالإهتمام على نحو رفيع، ولكن لابد من النظر إليه كمدخل واحد فقط من مداخل الرقابة على استعمال الأدوية النفسانية التأثير. ففي الماضي، كثيرا ما كان يتم الخلط بين «الثقافة» (Education) والدعاية (Propaganda) أو حتى الإعلان. وفيما يتعلق بالأدوية، فإنه ما زال يخلط بينها كثيرا. وهذا لا يثير الدهشة نظرا لتدخل الكثير من المصالح القوية الراسخة، بما فيها منتجو الأدوية، والسياسيون، والعاملون بالرعاية الصحية ومتعاطو الدواء. وينبغي تخطيط التثقيف الدوائي وتنفيذه مع أخذ خمسة أسئلة أساسية في الإعتبار:

١ ــ بأي مشاكل معينة يتعلق؟
٢ ــ إلى أي مجموعة من الناس يوجه؟
٣ ــ ما هي أهدافه المحددة؟
٤ ــ ما هي الطرق الأصح لتحقيق هذه الأهداف؟
٥ ــ إلى أي مدى تم تحقيق هذه الأهداف؟

أهداف التثقيف الدوائي

يمكن توجيه المعلومات حول الأدوية النفسانية التأثير إلى مجموعات من الناس متعددة ومتميزة إلى حد كبير، كما هو وارد في المناقشة الموجزة التالية.

عموم السكان

من الغريب تماما أن يتم في بعض الأحيان إغفال عموم السكان. فأنماط وصف الدواء لا تحددها فقط صناعة الدواء ومهنيو الرعاية الصحية، فالمجتمع ككل في واقع الأمر يعد واحداً من أقوى المؤثرات على وصف الدواء. والمواقف الإجتماعية إزاء أفضال الأدوية أو بدائل الأدوية (مثل الاستشارة Counselling) ذات أهمية كبيرة. فإذا كان توقعا إجتماعيا مألوفا أنه لابد للمهنيين بالرعاية الصحية أن يصفوا أدوية، فقد يكون من الصعب عليهم الإحجام عن ذلك. وبالمقابل، فقد تتأثر المواقف الاجتماعية بالمعلومات حول أوجه قصور الأدوية وأخطارها المحتملة. ويبدو أن الرأي العام في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأوروبا قد أصبح إنتقاديا بالنسبة لوصف الأدوية. كما أن الاستعمال الاستجمامي (Recreational) للأدوية يتأثر كذلك بمواقف المجتمع. وينبغي الإشارة هنا إلى أنه، كلما كان هناك نشاط غير عادي، غير قانوني أو «منحرف»، مثلما هو الحال بالنسبة لبعض أنواع استعمال الدواء، قد ترفض الأقلية التي تنغمس في تلك الممارسات الرسائل المنبعثة من مصادر «تقليدية» «رسمية»، مثل أقسام الصحة أو الباحثين. وقد تكون تلك الحملات «ضد الأدوية»، في بعض الأحيان، ذات تأثير عكسي.

منتجو الأدوية

ينبغي أن يكون منتجو الأدوية، مثالياً، مصدراً رئيسياً، إن لم يكن المصدر الرئيسي للمعلومات الفنية عن منتجاتهم. ويتم الوصول إلى قدر هائل من تلك المعلومات ونشره حقا بواسطة صناعة الدواء. ومع هذا، فبمجرد أن يبدأ استعمال الدواء، يجب على الصناعة أن تحرص على أن تعلم بالمشاكل التي قد لا

تظهر في مرحلة اختبار الدواء أو قبل أن يستعمل لفترة من الزمن. ففي الماضي، وجد أن العديد من الأدوية الواعدة إلى أقصى حد مثل الهيروين، البربيتيورات، الأمفيتامينات والبنزوديازيبينات، كلها تسبب مشاكل لم تكن واضحة عندما تم إدخال هذه الأدوية في بادىء الأمر.

المهنيون بالرعاية الصحية

إن أكثر المجموعات المستهدفة وضوحا بالنسبة للمعلومات الدوائية هي تلك التي تضطلع بمسئولية وصف الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) والتي توفر الرعاية الصحية لمن يعانون من مشاكل متصلة بالدواء. وتشمل هذه المجموعات الأطباء، والممرضات، والعاملين الإجتماعيين، والأطباء النفسيين السريريين، والمستشارين وكثيراً غيرهم من المهنيين أو العاملين التطوعيين، وأغلب هؤلاء سوف تكون فرصتهم في تلقي تدريب دوائي تخصصي أو الوصول إلى معلومات دوائية رسمية غاية في الضآلة. وينبغي تذكر أن أقلية صغيرة فقط من مهنيي الرعاية الصحية لديهم إما الفرصة أو الميل إلى قراءة مجلات أو كتب تخصصية أو تقنية. وغالبا ما تكون الكتابات الوحيدة المتاحة على نطاق واسع لهؤلاء العاملين في صورة الإعلان عن الأدوية. وينبغي أن يكون هذا، بطبيعة الحال، جديراً بالثقة وصادقاً، غير أن الإعلان يكون مصمماً للتأكيد على فوائد المنتج وزيادة مبيعاته في نهاية الأمر. وينبغي موازنة مثل هذه المعلومات بمادة «موضوعية» ومنتجة بصورة مستقلة. وكما أن أصحاب المهن في الرعاية الصحية، متلقون مناسبون للمعلومات الدوائية، فإنهم أيضا مصدر غني لتلك المعلومات. إنهم في وضع فريد لمناقشة المسائل المتعلقة بوصف فوائد، وأوجه قصور الأدوية النفسانية التأثير وإلقاء الضوء على هذه المسائل ـ وهكذا، هم مصدر للمعلومات ينبغي استثماره تماماً.

صانعو السياسة

إن شركات الأدوية غالبا ما تكون قوية إلى أقصى حد ومقنعة جدا. ومثلها مثل أي مجموعة أخرى من المنتجين، يجب أن تكون خاضعة لضوابط معينة من

أجل حماية المستهلكين من منتجاتها. وهذا لا يعني أن صناعة الدواء «سيئة»، بل على العكس، هي مصدر ذو نفع عظيم للجنس البشري. ولكن بالرغم من هذا، فهناك العديد من الأدوية التي يمكن أن يساء استعمالها أو يحتمل أن تكون خطيرة. وهناك حاجة إلى قواعد صارمة لخفض المخاطر إلى حد أدني ولضمان عدم حدوث مآسي، مثل مأساة دواء التاليدوميد (Thalidomide) مرة أخرى بتاتا. وهذا النوع من الرقابة يتطلب التزاماً سياسياً قوياً وتعاوناً دولياً جيداً على حد سواء. وعلى جميع الدول أن تكافح من أجل التأكيد على أعلى المعايير، بحيث لايسمح لدواء يعتبر «غير مأمون» في بلد بأن يندس في أي مكان آخر. فقد نشر مؤخرا، على سبيل المثال، أن شركات التبغ متعددة الجنسية قد استجابت للتصدي المتزايد لمبيعاتها من السجائر ذات المحتوى المرتفع من القطران في الدول الصناعية «بالتخلص منها» في الدول النامية حيث يكون المستهلكون أقل وعياً بأخطارها (Taylor, 1984). ومثل هذا السلوك يمكن كبحه فقط إما بتثقيف وتعبئة الجمهور، أو الأبسط من ذلك، بواسطة الضوابط التشريعية، وينبغي أن تعتمد هذه التشريعات على أكمل المعلومات الممكنة، بحيث يكون السياسيون والموظفون الحكوميون وغيرهم من صناع القرار أهدافاً هامة وحقيقية فيما يتعلق بالمعلومات الدوائية.

المرضى

إن أولئك الذين توصف لهم الأدوية كثيراً جداً ما تكون لديهم فكرة ضئيلة، إما عن كيمياء المادة التي يتعاطونها أو تأثيراتها الجانبية المحتملة. ويتعين على الأطباء بالتالي أن يشرحوا للمرضى بأتم صورة ممكنة المزايا والمشاكل الممكنة المرتبطة بأي دواء يوصف لهم. وهذا لا يعني محاضرة طويلة أو قدرا كبيرة من التفاصيل التقنية. فإرشادات بسيطة تكفي وبشكل أساسي قليل من التعليمات عما يجب ومالا يجب عمله فيما يتعلق بالتقدير المأمون للجرعات والإستعمال السليم. وعلى سبيل المثال، ينبغي نصح من يتعاطون أدوية كالبربيتيورات أو البنزوديازيبينات بعدم قيادة السيارات وهم تحت تأثير هذه الأدوية كما ينبغي

تحذيرهم من التأثير المضاف (Additive Effect) للكحول.

ويجب أن يعطى المرضى الفرصة لمناقشة الأدوية التي يأخذونها وعلى نفس الدرجة من الأهمية، يتعين على العاملين بالرعاية الصحية أن يكلفوا أنفسهم بصفة دورية عناء سؤال المرضى عما إذا كانوا يعانون من أي تأثيرات جانبية مناوئة أو أنهم صاروا معتمدين على الدواء. ومثالياً، ينبغي محاولة الوصول إلى أدلة إضافية مؤيدة عن طريق أقرباء أو أصدقاء المريض القريبين، وإن كان هذا غير عملي في أغلب الأحيان.

ويمكن استخدام وريقات وملصقات بسيطة وجذابة، إذا أمكن لنشر إرشادات أساسية، مثل مزايا عدم استعمال أدوية أثناء الحمل. وهذا مكلف جدا لتنفيذه على نطاق واسع فالمعلومات المطبوعة غير ذات جدوي بطبيعة الحالة، إلا لمن يستطيعون قراءتها.

ويثير بعض مسيىء استعمال الأدوية اهتمام العاملين بالرعاية الصحية نتيجة للحوادث وفرط الجرعات (Overdoses). وبينما يقاوم بعضهم تلقي المعلومات، أو النصح، أو عروض المساعدة، يرحب البعض الآخر بهذا ويمكن تشجيع هذا البعض على السعي إلى المساعدة للتغلب على مشاكلهم المتصلة بالدواء. وحتى متعاطو الدواء الذين لا يستجيبون هم أنفسهم إلى النصح والمعلومات قد يكون لهم من الأقرباء والأصدقاء القريبين من يفعلون هذا. فهؤلاء الناس هم أيضا «ضحايا» سوء استعمال الدواء وقد يكونون في حاجة إلى كل ما يمكن تقديمه من معلومات ومساعدة.

طرق نشر المعلومات

يتم في هذا الفصل استعراض بعض المسائل العامة المتصلة بنشر المعلومات حول الأدوية النفسانية التأثير (Psychoactive) وقد تم بإيجاز مناقشة سببيات سوء استعمال الأدوية، والطبيعة المختلفة لمشاكل الأدوية، والنتائج المحتملة للتثقيف وبعض «المجموعات المستهدفة» المناسبة. وينبغي مرة ثانية إعادة التأكيد على ضرورة نشر المعلومات الدوائية بأكبر قدر ممكن من الاقتصاد في

التكاليف. ويجب أن يكون للموضوعات الخمس الرئيسية (الشخص، المجموعة المستهدفة، الأهداف، الطرق، والتقييم) تأثيراً على الاستراتيجية أو الاستراتيجيات التي يتم إقرارها. ومن المهم أن يوضح بدقة لماذا يجب نشر المعلومات قبل الدخول في مغامرة قد تكون مستهلكة للوقت ومكلفة على حد سواء. وفي الماضي كان الكثير جدا من حملات التثقيف الصحي تقام بقدر ضئيل من الإحساس بالهدف وحتى باهتمام أقل بشأن كيفية تقييم فعاليتها.

ويمكن نشر المعلومات عن الأدوية النفسانية التأثير عن طريق وسائل مختلفة تشمل المجلات العلمية، المجلات المهنية، المؤتمرات، المحاضرات والحلقات الدراسية، الكتيبات، الملصقات والوريقات، الكتب المدرسية، الأشرطة السمعية والفيديوية، وسائل الإعلام ـ الصحف، المجلات الشعبية، الإذاعة والتلفاز ـ نشرات صناعة الدواء ونظم الإبلاغ الإجبارية. وكل ما يمكن تناوله في هذا المقام هو تقييم موجز لهذه الطرق وغيرها من طرق نشر المعلومات الممكنة.

المجلات العلمية

إن أجدر مصادر المعلومات العلمية بالثقة موجودة بالمجلات التخصصية التي تقدم نتائج بحثية ومناقشات تم تنظيمها بعناية وتحكيمها على نحو مستقل في أغلب الأحيان، وفقا لتقييم الزملاء من العلماء أو المتخصصين.

وتختلف المجلات إلى حد بعيد فيما بينها فبعضها ينشر المعلومات عن موضوعات ذات أهمية ملحّة دون قدر كبير من التأخير بينما يكون للبعض الآخر قائمة انتظار طويلة للأبحاث التي قد يستغرق طبعها سنتان أو حتى ما يزيد. ووجه القصور الرئيسي للمجلات هو أنها لا تصل، هي نفسها إلى قاعدة عريضة من جمهور القراء بل لا يقرأها إلا أقلية من المهنيين بالرعاية الصحية. وكثير من المقالات الهامة بالمجلات لا يتم ترجمتها أبدا إلى لغات غير اللغة التي نشرت بها وكثير منها لا تتناوله أبدا وسائل الإعلام ويبقى بالتالي في طي الغموض نسبيا. والمجلات مرتفعة الثمن ونادرا ما يقرأ الكثير منها خارج مكتبات الجامعة أو المراكز الحضرية الرئيسية.

المجلات العلمية الشعبية

في حين أن المجلات «العلمية الجادة» لا تقرأ على نطاق واسع، تصل بعض المجلات والصحف العلمية الشعبية إلى جمهور كبير من القراء وتعتبر قناة ممتازة لنشر المعلومات الدوائية ذات الأهمية المُلّحة إلى الذين يعملون بالخدمات الصحية والاجتماعية الذين لا يتيسر لهم قراءة المجلات العلمية أو لا يميلون إلى قراءتها. وتختلف نوعية المادة المقدمة في مثل هذه المطبوعات عن تلك التي تحتوي عليها المجلات، وعادة ما يُفضل الأسلوب الأكاديمي بدرجة أقل والصحفي بدرجة أكبر. ويمكن مناقشة معظم الموضوعات الدوائية الهامة بلغة عادية ويهتم الصحفيون دائما بالروايات المتصلة بالأدوية. وأهم أوجه القصور بالنسبة لتلك المجلات هي أن تداولها محدود إلى أقصى درجة في الدول النامية.

المؤتمرات والمحاضرات والحلقات الدراسية

كما أشير إليه سابقا، فإن المجلات العلمية لا تصل إلا إلى جمهور صغير من القراء وبعضها لا يقدم معلومات «جديدة» حقيقة نظراً لطول المدة ما بين كتابة البحث ونشره. وهناك وسيلة لنشر المعلومات لا تقدر بثمن تتيحها اجتماعات من يهتمون بالأمور الدوائية. ويمكن أن تتخذ هذه الاجتماعات أشكالا عدة تشمل المحاضرات أو الجلسات التدريسية الرسمية، المؤتمرات، الحلقات الدراسية والندوات. فالإلتقاء وجها لوجه يسمح بالمناقشة والتأثر بينما لا تسمح بهذا قراءة صحيفة أو مجلة. ويُمكّن تنظيم الإجتماعات من تقديم المعلومات ومناقشتها بطريقة مرنة مرتبطة باحتياجات المشاركين، «الخبراء» منهم والمبتدئين على حد سواء. ومن المهم أثناء تلك الإجتماعات، ألا يتم فقط تقديم المعلومات، بل ينبغي نقدها ومناقشتها. وهذا ينطبق ليس فقط على المؤتمرات، ولكن أيضا على المحاضرات الرسمية للطلاب أو لمجموعات أخرى من الناس.

ويمكن تنظيم الإجتماعات في عدد يكاد يكون غير محدود من الأشكال فالعاملون بالرعاية الصحية من منطقة أو دولة ما يمكن أن يلتقوا معا لمدة أسبوع لدراسة ومناقشة موضوعات ذات اهتمام مشترك. والمؤتمرات الدولية تمكن

الباحثين، الأطباء السريريين وغيرهم من مقارنة خبراتهم. والإجتماعات بالقرى قد تمكّن مجموعات السكان بالمجتمع من استعراض المشاكل المحلية، مثل استعمال الأدوية الموصوفة أو السُكر العام (Public Drunkenness)، ويجب أن تكون الإجتماعات جيدة الإعداد والتخطيط، وأن تكون لها أهداف واضحة، وأن تفي باحتياجات مجموعات معينة (كالممرضات، الأهل).

وينبغي أن يعطى الجمهور الذي من أجله يعقد الإجتماع اهتماماً شديداً، على سبيل المثال مجموعة متخصصة أو الجمهور العام. وتفشل بعض المؤتمرات في إرضاء المشاركين فيها بسبب سوء التنظيم أو إهتمامها بجمهور من الحاضرين على درجة كبيرة من عدم التجانس. ويشجع على الإجتماعات الصغيرة التي تخص مجموعات معينة، حيث أنها سهلة الإعداد من الناحية التنظيمية، (السوقية Logistic) وتتيح فرصة أكبر للمشاركين بإيجابية. والقاعدة الأساسية في تنظيم الإجتماعات هي أن تكون محتوياتها وبراجها ذات صلة بمن سوف يحضرونها. وبالإضافة إلى هذا، يجب أن تقدم المعلومات بطريقة جذابة وممتعة بأكبر قدر ممكن. وليس جميع العلماء والباحثين البارزين بالضرورة متحدثين جيدين أو «مؤدين جيدين في المؤتمرات»، وكثير من الناس يصاب بالملل بجلوسهم لحضور محاضرات مطولة أو سلسلة طويلة من الأبحاث، ويجب إعطاء الوقت دائما للناس للاسترخاء والإلتقاء ببعضهم البعض بشكل غير رسمي. ومعظم المؤتمرات جديرة بأن تذكر وذات قيمة ليس كثيرا بسبب محتواها الرسمي بقدر ما هو بسبب الفرصة التي تتيحها لمقابلة الآخرين والتحدث إليهم. وهذه الفرصة ذات قيمة خاصة لمن يعملون عادة بمعزل عن نظائرهم.

الكتيبات والملصقات والوريقات

إن أحد أرخص طرق نشر المعلومات وأكثرها فعالية يتمثل في الكتيبات، أو الملصقات أو الوريقات. وتشمل هذه وريقات النصائح الخاصة بوصف الدواء التي تصاحب الأدوية الجديدة والتي يقدمها المنتج، والكتيبات للأطباء والممرضات، والملصقات التي تعرض في المركز الصحي المحلي أو على لوحات

الإعـلانات عـلى جانبي الـطريق. واحتمال قـراءة مثل هـذه المعلومـات أكـبر من إحتـمال قراءة مـادة مـطولـة أو ذات مستـوى تعنى مـرتفـع، فكثـير من العـاملين بالخدمـات الصحية والإجتـماعية ليس لـديهم الوقت، أو النقـود أو الحافـز لقراءة الصحف والمجـلات أو حتى لحضور المحـاضرات القصـيرة المحليـة والمؤتمـرات. ويمكن توصيل كتيبات أو وريقات جـذابة عـلى نحو غـير مكلف نسبيا إلى أعـداد كبيرة من هؤلاء الناس، وغـيرهم، مثل عـامة الجمهـور أو مجموعـات معينة مثـل رواد الشبـاب والصيادلـة. وقـد تقـدم مـادة من هـذا النـوع، بـطريقـة مثمـرة، معلومات حقيقية حول تأثيرات الأدوية والأخطار المحتملة، والخدمـات التي تقدم لمساعدة أولئك الذين يعانون من مشاكل دوائية.

وكما أشير إليه سابقا، فإن الكلمة المطبـوعة ذات معنى فقط لمن يستـطيعون القراءة. وتصبح المادة المطبوعة وحتى الملصقات البسيطة غير ذات فائدة في الدول أو المناطق التي تكون بها نسبة عـالية من السكـان من الأميين، وينبغي استخـدام الشرائط السمعيـة والفيديـوية (انـظر اسفله) بدلا منهـا. وإضافـة إلى ذلـك، في الـدول التي يتم فيهـا استخـدام لغـات متعـددة للتحـدث، والأهم من ذلـك، للقراءة، سوف تكـون هناك حـاجة إلى نسـخ مترجمـة منفصلة من كل كتيب، أو وريقة أو ملصق لكل مجموعة تتحدث بلغة معينة.

وتأثير مثل هذه الأشكـال المختصرة من الإتصال غـالبا مـا يصعب تقييمها فكثير من المهنيين بالرعاية الصحية دائما مـا يكونـون مُغْمرين بمعلومـات تقنية عن الأدوية، والجزء الأكبر منها في صورة دعايـة براقـة ومغريـة. ويذهب معـظم هذه المعلومات دون أن يقرأ أو يلتفت إليه.

الكتب الدراسية

كـما أشير سـابقا، فـإن كثيرا من المعلومـات التقنية عن الأدويـة والمسـائـل الـدوائية تحتـويها مجـلات تخصصية مقصـورة على فئـة قليلة لا تستطيـع الغـالبيـة العـظمى من المهنيين بـالرعـاية الصحيـة الوصـول إليها إلا بصـورة محدودة عـلى أحسن تقدير. وتلعب الكتب الدراسية دورا لا يقدر بثمن في جمع وتلخيص كمية

ضخمة من المعلومات لا يمكن أن تكون متاحة على نطاق واسع بأية طريقة أخرى حيث أنها كانت سوف تبقى في المجلات. وينبغى أن تتم مراجعة هذه الكتب وتحديث معلوماتها على فترات منتظمة كما ينبغي أن تكون بأقل ثمن ممكن إذا أن لها أن تكون في حدود إمكانيات الكثيرين ممن يمكنهم الإستفادة من محتوياتها.

وكثير من الكتب في الوقت الحاضر عفا عليها الدهر على نحو سيء، والقليل منها رخيص الثمن بشكل خاص أو متعلق بالإحتياجات الخاصة بالدول النامية. وهناك كتب عديدة هي بمثابة مصدر شامل للمعلومات المرجعية (على سبيل المثال Cox et al., 1983) ، بينما يتعلق غيرها بصورة خاصة بالكحول، أوالتبغ أو بالأدوية المحظورة. وقليل جدا من الكتب اهتم باستعمال الأدوية وسوء استعمالها في الخلفيات الثقافية المختلفة (على سبيل المثال، Edwards et al., 1983)، كما أن عددا أقل اهتم بالمشاكل التي تسببها الأدوية النفسانية التأثير (psychoactive) الموصوفة (على سبيل المثال، Marks, 1978)

سوف تبقى الكتب التدريسية بعيدا عن متناول كثير من الناس لأسباب تتعلق بتوفرها، واللغة، والأمية، والثمن. وقد تتحسن معلومات أولئك الذين يستطيعون الوصول إليها كنتيجة لذلك، غير أن هذا لا يعني بالضرورة أن سلوكهم المهني أو الشخصي فيما يتعلق بالأدوية النفسانية التأثير سوف يتغير أو «يتحسن».

الشرائط السمعية والفيديوية

من الممكن تقديم ونشر المعلومات الدوائية بطريقة جذابة جدا عن طريق الشرائط السمعية والفيديوية المسجلة. فكل منها يستطيع أن ينقل المعلومات حتى وإن كان المتلقون أميين. ومقابل هذا، فإن الشرائط الفيديوية على وجه الخصوص، مرتفعة الثمن وتتطلب توفر كل من الكهرباء وجهاز مناسب قبل عرضها. أما الشرائط السمعية فهي أقل ثمنا بكثير ويمكن سماعها باستعمال أجهزة رخيصة الثمن نسبيا وتحمل باليد. وتتميز كل من الشرائط السمعية والفيديوية بإمكانية إنتاجها إنتاجا جملياً وتوزيعها على نطاق واسع. وكثير من الدول من

الإتساع بحيث لا يمكن أن يقابل العدد المحدود من «خبراء الدواء» أوالمعلمين المتخصصين المتوفرين أكثر من عدد أصابع اليد الواحدة من العاملين بالرعاية الصحية وجها لوجه. والتسجيلات السمعية والفيديوية تمكن المعلومات الجديدة التي يتم التوصل إليها في مراكز الإمتياز العلمي، والموجود عادة في المدن، من التداول على نطاق واسع، حتى في المناطق الريفية. وتعدُّ الأدوات المساعدة تلك، إضافات مفيدة للتعليم وجها لوجه وقد تعمل على تشجيع أو إثارة المناقشات بين المهنيين بالرعاية الصحية، والطلاب ومجموعات أخرى من الناس. ونادرا ما تكون هذه الأدوات كافية في حد ذاتها، حيث أنها لا يمكن أن تحل محل الجدال والمناقشة.

وسائل الإعلام

إن أرخص الطرق لتوصيل المعلومات لأعداد كبيرة من الناس هي على الإطلاق من خلال وسائل الإعلام. والمسائل الدوائية جديرة بالمتابعة ويمكن في أغلب الأحيان تغطيتها بصورة شاملة بدون أي مقابل بواسطة الإذاعة، التلفاز، الصحف والمجلات. وتتراوح هذه التغطية بين موضوعات قصيرة تلقي الضوء على مسائل معينة (مثل استعمال الأدوية أثناء الحمل) واستعراضات مفصلة في فقرات مطولة أو أفلام وثائقية (documentaries). ومثل هذه الدعاية يمكن أن تكون مقنعة ومؤثرة جدا، ولكنها يجب أن تعالج بتحفظ. وكثيرا جدا ما تؤدي تغطية الموضوعات الدوائية في وسائل الإعلام إلى زيادة الإحساس بها أو التقليل من شأنها، وذلك عادة بهدف زيادة نشرها وليس بقصد التضليل بتعمد، وإن كان هذا قد يحدث دون قصد. «والأدوية» موضوعات من المحتمل أن تكون مثيرة وتستحث انفعالات قوية. وبالتالي، فإنه من السهل أن تكون هناك مبالغات بشأن المشاكل المتعلقة بالأدوية وأن تخلق وسائل الإعلام خرافات، وأفكار مقولبة وأكباش فداء غير ذات نفع. وقد تتضخم مشاكل الدواء إلى أن تصير بمثابة «ذعر أخلاقي» (moral panics)، وهذا لا يفيد في تسهيل الجدل المسئول والاستجابات البناءة، ومع ذلك، يتعين على العاملين بالرعاية الصحية والمهنيين الدوائيين استخدام وسائل الإعلام. فمن حق الناس بما فيهم الصحفيون، أن يحصلوا على

معلومـات دقيقة. وعليهم كـذلك مسئولية استخـدام هذه المعلومـات بـالتحفظ المناسب. ووسائل الإعلام هـامة، ليس فقط فيـما يتعلق بالأخبـار التي تقدمهـا. ولكن أيضا فيما يتعلق بصورة استعمال الـدواء التي تبرزهـا. فاستعـمال الكحول، الدخان، وكل من الأدوية الموصوفة والمحظورة، كما يصور في التمثيليات والأفلام وفي الروايات والمجلات الشعبية كذلك، من شأنه أن يسـاعد عـلى خلق، تدعيم أو التغاضي عن استعمال الأدوية ومن ثم التأثـير على قـواعد السلوك الاجتـماعية. وقد أعطي قدر قليل جدا من العناية بتأثير وسائل الإعلام على إستعمال الأدويـة. وكما هوالحال بالنسبة للأعـلان عن الأدوية، ليس بـالضرورة أن تكون التـأثيرات واضحة على نحو فوري ولكنها موجودة.

نشرات صناعة الدواء

كـما أشير سـابقاً، يتم تـوفير كميـة هائلة من المعلومـات التي لا تقدر بثمن بواسطة صناعة الـدواء وذلك ليس فقط عن طـريق الوريقـات والمقالات، ولكن أيضا إخصائيبها المدربين، الذين غالباً ما يكونـون على استعـداد للسفر ومنـاقشة مزايا ومشـاكل أدويـة شركاتهم، فصنـاعة الـدواء حليف نافـع في نشر المعلومات الحقيقية.

كـما يمكن أن يقـدم منتجـو الأدويـة دعـماً مـاليـاً أو سـوقيـاً (Logistic) في المشروعات الأخرى، مثل المؤتمرات وانتاج الشرائط الفيديوية. فمصـالح منتجي الأدوية والمهنيين بالرعاية الصحية غالباً ما تتماثل تماماً، ولكنهـا قد تتبـاعد، حيث أن للمنتجين مصلحة قوية ثابتة في بيع منتجاتهم وزيـادة أرباحهم إلى أقصى حـد ممكن وعـلى ذلك، ينبغي تقييم المعلومـات التي تنتجهـا الصنـاعـة بعنـايـة، وإن أمكن، تزويدها بما هو متوفر من الإثباتات «المستقلة».

أنظمة الإبلاغ الرسمية (Mandatory Reporting Systems)

تحتاج كل دولة إلى شكل ما من أشكال المراقبة النهائية على المشاكل المتعلقة بالأدوية. فكـابوس آثـار دواء التاليـدوميد والإدراك المـتزايد بـالمشاكـل الدوائيـة

عـلاجية المنشـأ (Iatrogenic) الأخرى تكفي كـأسباب قـوية تـبرر الأهمية الكبـيرة لأنظمة الإبلاغ الرسمية للتأثيرات المناوئـة للأدويـة. وينبغي السعي بإيجـابية إلى الدليل على تلك التأثيرات المناوئة وتمريره بسرعة، وبآلية ما يسهل الوصول إليهـا ومألوفة كذلك. ويجب أن يسعى النظام للحصـول على المعلومـات ليس فقط من العاملين بالرعاية الصحية ولكن أيضا ممن يتلقون الأدوية، سواء بموجب وصفة أو بدونها. وهناك مقـالة ممتـازة عن أنظمـة الإبلاغ عن سـوء استعمال الـدواء قامت بنشرها بالفعل منظمة الصحة العالمية (Rootman & Hughes, 1980)، وإن كـانت معنية بشكل رئيسي بالأدوية المحظورة. وأنظمـة الإبلاغ مفيـدة فقط في نطاق أنها تؤدي إلى إتخاذ الإجراءات التي تهدف إلى الحد من سـوء استعمال الـدواء إلى حد أقصى. وهذا أمر يتوقف على كل من العاملين الصحيين والسياسيين.

الإستنتاجات

عُـرِّفت «الثقـافــة» (Education) في معجم أكسفـورد المختصر بـ «التعليم المنهجي» وتلك غـاية لا يمكن بلوغهـا في مجـال استعـمال الـدواء، عـلى الأرجـح بالنسبة لغالبية الناس. ومع ذلك، فنشر المعلومات يعتـبر استراتيجيـة أساسيـة في إطار الجهود المبذولة للحـد، إلى أقصى درجة، من الأذى المتعلق بـالدواء والـذي يرتبط ليس فقط بالأدوية الموصـوفة ولكن أيضـا بتلك التي تستعمل استعـمالا غير طبي. والمعلومات لا تقدر بثمن، ولكن يجب أن يتم نشرها نشراً معتنى به وهادفاً وبـالإهتمام الـواجب بما يمكن إنجـازه واقعياً. وفي بعض الأحيـان، يكـون ذلـك محدوداً إلى أبعد حد، كما في حالة الحملات التي تهدف إلى إثناء الشباب عن سوء استعمال الكحول أو الأدوية غير الشرعية.

وإذا كان للمعلومات الـدوائية أن تتـداول على أوسـع نطاق ممكن، ينبغي استخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات، تم مناقشـة بعضها بـإيجاز في هـذا الفصـل. ولكن الأمر الأسـاسي هو مـا إذا كـانت تلك الجهـود تؤدي إلى نتـائـج ملموسة. وهذا هو موضوع الفصل التالي.

* * *

الفصل العاشر
تقييم فعالية التدخلات

إن الأسباب وراء ضرورة التقييم جديرة بالعرض، حيث أن العبرة بمدى نفعه وليس بصرامته المنهجية. وحيث أن التحسن يقتضي التغيير، فإن مهمة التقييم أن تقدم تقديرات موضوعية لما تم تغييره، ومقدار التغير، وكيف تحقق التغيير وماذا كانت تأثيراته (المتوقعة وغير المتوقعة). وهناك أسئلة أخرى أكثر تفصيلا، مثل ما هي مدة استمرار التغيير وتكلفة المجهود المطلوب للإبقاء عليه، قد أدرجت في هذه الفئات الأعرض. ويتم على المدى الأبعد، بطبيعة الحال، اختبار التدخلات، ليس لتقديم أحكام استعادية بقدر ما هو لإرساء قواعد التخطيط لتدخلات أفضل في المستقبل. ومن ثم، فإن التقييم الجيد يشكل جزءاً من عملية مستمرة من التخطيط، والتوصيل وإعادة التقييم.

مستويات التقييم

من الجدير التمييز بين عدد من المستويات المختلفة التي يمكن اختبار الفعالية عليها. وأبسطها يتعلق بما إذا كان المشاركون يقدِّرون بموضوعية أن هناك تجربة خاصة ذات قيمة بالنسبة لهم. وبينما يبدو واضحاً أنه لا يكفي لمعظم الأغراض، مجرد سؤال الناس عما إذا كانوا قد أمتعوا أنفسهم، أو وجدوا أن حدثاً معيناً كان مفيداً، فإنه من الممكن جمع الإنطباعات عن استجابة جمهور الحاضرين للجوانب المختلفة لمختلف عناصر حدث مار ويمكن الجدل حول احتمال أن ما يتعلمه الناس يزداد إذا كانوا ميالين بإطراءٍ لما يتعلمونه، وأن مثل هذا التقدير الموضوعي يعد بالتالي خطوة أولى ذات أهمية في التقييم. وبالمثل، فإن استعراضاً

متفحصاً من شأنه أن يساهم في هذه المرحلة التمهيدية من مراحل التقييم.

وهذه خطوة أولى فقط، بيد أنه من المهم إدراكها. فهي تفشل في قياس كثير من المتغيرات الهامة التي قد تسهم على نحو نافع في تحسين البرنامج لاحقاً. وهناك مفهومان وثيقا الصلة مرتبطان، وإن كانا متميزين، وهما الفعالية (Efficiency) ومقارنة التكاليف بالفعالية (Cost - Effectiveness). ويمكن قياس الأول على أفضل وجه بواسطة تقييم العملية، حيث يتم تحليل أدوار مختلف المشاركين ومناظرة تأثراتهم من أجل تحديد مدى حسن سير محاولة استحداث التحسينات فيما يتعلق بوظائفها العملية.

إن مقارنة التكاليف بالفعالية مفهوم مختلف إلى حد بعيد. فهو يستلزم إهتماماً أكبر بالقابلية للمقارنة، بكل من البرامج الأخرى المشابهة وكذلك بمعيار جزافي إلى حد ما لما يجب أن يكون عليه الإنفاق (بمعنى التمويل، أو رجل / ساعات، أو انتقال الموارد) من أجل تحقيق نتيجة محددة. وهو يعتمد بالتالي، على تقييم العملية وكذلك على تقديرات أخرى أكثر موضوعية للمدخلات التي تمت، غير أنه يتطلب أيضا إدراكاً واضحاً لماهية النتيجة.

ومن أجل تحقيق ذلك، يكون تحليل التأثير ضروريا كذلك. وحقا هناك أولئك الذين قد يجادلون بأن ذلك هو المقياس الهام في الواقع لفعالية تدخل ما. وحيث أن، على سبيل المثال، الغرض من برنامج تعليمي أو تدريبي هو زيادة المعرفة، وتغيير المواقف أو السلوك، أو تحسين المهارات، فالطريقة الوحيدة لاكتشاف ما إذا كان البرنامج جديراً بالتنفيذ تتمثل في قياس مدى هذه التغييرات ومقارنتها بأي تغييرات قد حدثت بطريقة طبيعية في مجموعة ضبط. غير أن هذا، مثله مثل مستويات التقييم الأخرى الوارد وصفها عاليه، ليس بالضرورة بسيطا كما يبدو. وسوف تكون هناك محاولة، فيما بعد في هذا الفصل، لإظهار كيف أن بعض جوانب التخطيط الفعال يمكن أن تسهم إيجابياً في تقييم أكثر نفعاً.

وفي هذا، وكما يحدث كثيراً جداً، يتم تحديد شمولية المعطيات جزئياً على الأقل، بالمجهود المكرس لجمعها، والذي يتأثر بدوره بالأولوية المعطاة للتقييم،

كما تنعكس في ميزانيات البرنامج ولمناطرة الفعالية كجزء من التلقيم الراجع (Feedback) العملي المباشر متطلبات أقل من التقييم كعنصر معين من برنامج ما، ويخصص له نسبة مئوية معروفة من الإعتمادات المالية الإجمالية للبرنامج.

ويتم في بقية هذا الفصل، تناول مسائل متعلقة بقدر الإمكان بكل من المستويات المختلفة. وسوف نوجه بعد مناقشة التخطيط المحسن، بعض الأسئلة المنهجية المتعلقة بالتقييم. ومن أجل إقامة الدليل على النقاط المثارة، سوف تستمد بعض الأمثلة من برامج التدريب في هذا المجال وفي مجال آخر مرتبط به (مجال التعليم الطبي حول المشاكل المتعلقة بالكحول). وفي النهاية، سوف تكون هناك بعض المناقشة عن كيفية استخدام نتائج التقييم على أفضل وجه، بحيث يمكن تحقيق تقدم حقيقي وعدم تكرار الأخطاء القديمة في المستقبل.

تخطيط التقييم

المعرفة (Knowledge)، المواقف (Attitudes)، والسلوك (Behaviour)

يبدأ التقييم عندما يتم التخطيط لتدخل ما، وليس بعد الإنتهاء منه. وهناك جوانب مختلفة للتخطيط، إذا ما أخذت في الحسبان من البداية، تزيد من إحتمال استحداث معطيات نافعة وصحيحة. وأول هذه الجوانب هو إدراك أن التعلم ليس منطقياً بالضرورة.

وهناك العديد من برامج التعليم والتدريب، في كل من قطاع الصحة وغيره من القطاعات، ما زالت تعتمد على الافتراض بوجود علاقة سبب ـ و ـ تأثير مباشرة بين زيادة المعرفة، وتغيير المواقف، وإدخال مهارات جديدة. وفي حين أن هذه الثلاث وثيقة الصلة بموضوع هذا الكتاب، فإن الروابط بينها بعيدة عن كونها مباشرة ومنطقية كما كان يفترض في بعض الأحيان. ويتضح من مجالات عديدة للتعليم المهني أن هناك بعض الصعوبات التي تواجه عند استخدام فرص التدريب لزيادة المعرفة. وبينما قد لا يتم نقل المعلومات دائما بالفعالية المرجوة، فنادرا ما يؤدي التدريب، إن أدى، إلى إنخفاض فعلي في المعرفة، إلا في حالة توصيل معلومات غير دقيقة.

وقد تقف المواقف السلبية، في بعض الحالات، حائلاً دون التعلم، ولكنه ليس صحيحاً بالضرورة أن تغير المواقف يجب أن يسبق تغير السلوك. وحقا، يحدث أحياناً أن تمهد عملية تعلم مهارة جديدة والتغيرات السلوكية التي تصاحب هذه العملية، الطريق لتغيرات مواقفية لاحقة. والدراسة التي أجراها Ajzen & Fishbein (1977) حول العلاقات بين المواقف والسلوك حدت بالمؤلفين إلى استنتاج أن «موقف شخص ما له صلة قوية دائما بسلوكه أو سلوكها عندما يتم توجيهه إلى نفس الهدف وعندما يتطلب اتخاذ نفس الإجراء». ومن ثم، فإنه عند تخطيط تدخل ما، إذا كان كل من الهدف والإجراء محددين، يمكن التوصل إلى تصميم تقيمي قادر على توفير معلومات نوعية ولكن قابلة للمقارنة عن التغيرات في كل من المواقف والسلوك.

الأهداف والأغراض

إن أحد الأمور التي لها تأثير على تقدير ما إذا كان من المرجّح أن يحقق أي برنامج معين الأغراض المرجوة فيه، هو بطبيعة الحال، المدى الذي تم إليه تحديد تلك الأغراض في المقام الأول. وفي هذا السياق، يمكن الإصرار بشدة على وضع أغراض واضحة ولكن محدودة. وهذا، إلى حد ما، يرجع إلى أن تحقيق هدف عام معبر عنه بعدم وضوح أو بإفراط مثل «تشجيع ممارسات وصفية أفضل»، لا يمكن بطبيعته أن يقيم بسهولة، حيث أن الهدف نفسه يترك أسئلة كثيرة جدا بدون إجابة، مثل «أفضل من ماذا؟» و «أفضل بأي المعايير؟». وبالإضافة إلى هذا، فإنه من الأرجح عند اختيار غرض أوضح ولكن أكثر تحديدا (مثل «لتنبيه الأطباء إلى احتمال أن يكون الدواء س سلبيا للاعتماد وتشجيعهم على وصفه فقط لمدد محددة») أن يبذل قدر أكبر من العناية لضمان أن تكون الصورة الفعلية للبرنامج كما يتم توصيلة منسقة مع الغرض.

وفي أغلب الأحيان يكون من المفيد واقعيا، تحديد غرض كلي واحد يمكن أن يضم عددا من الأغراض الأكثر تحديدا. ومن ثم، يمكن اعتبار تحقيق كل من الأغراض الأخيرة إسهاما في اتجاه تحقيق الهدف الكلي، حتى ولو كان من الصعب

تقييم هذا الهدف ذاتـه. ويمكن أن يسبب وجود تشـوش بخصوص المصـطلحات صعوبة في هـذا المجال، حيث أن بعض المؤلفـين يستخدمـون مصطلح «هـدف» للإشارة إلى الغرض الكلي والمستهدف للإشارة إلى الأغراض الأكـثر تحديـدا. غير أن الأهم من المصـطلحات، أن تكـون الأغراض المحـددة منسقـة مـع الغـرض الكلي، حتى يوفر كل منها قاعدة صالحة لقياس الفعالية.

وتأتي فكرة الإستشراف العملي مرتبـطة بالتحـديد، فـإذا كانت هنـاك حتما محـاولة لتشجيـع تغيرات معينـة في السلوك، فـلا يكفي إذن أن تكـون التغـيرات المطلوبة محددة بوضوح فقط، بل يجب أن تكون التعليمات بشـأن تحقيق التغيرات واضحة أيضا، وفي استطاعة الجمهور المستهدف. فالمعرفة، حتى المعرفـة الوثيقـة الصلة بالموضوع، لا تحمل معها التعليمات بشأن كيفية تطبيقها. وهـذه النقط من أهم النقـاط التي أثيرت في مقـالـة بقلم Gatherer et al., (1979) عن الفعـاليـة في التعليم الصحي. وقـد أكـد المؤلفـون كـذلـك عـلى ضرورة اتســاق خصـائص المجموعة المستهدفة التي يوجه إليها البرنامج مع أهداف البرنامج والتعليمات بشأن كيفية تنفيذه على حد سـواء. ومن ثم، فليس هناك مـا يدعـو، اللهم إلا تشجيع التعليم الحر بأكد معانيه إبهاما، إلى تقديم برنامج عن الممارسات الوصفية لمن هم غـير مرخص لهم بـوصف الأدوية. ويعـد هذا ذا أهميـة خـاصـة عنـد النـظر إلى إحتياجات جماهير المتلقين الجديـدة والتي من المرجّـح أن تكون غـير مباليـة، مثل أولئك القانعين تماما بممارساتهم الوصفية الحالية.

الاهتمام والمشاركة

بعد جذب انتباه جمهور الحـاضرين المستهدف أمـرا ضروريا وواضحـاً إذا كان لهم أن يشاركوا في عملية التغيير. وتوجد بشكل عام، ثلاثـة مجالات متميـزة تتطلب ملائمة المادة لجمهور الحاضرين المستهدف، مراجعـة دقيقة أثنـاء مراحـل التخطيط. وأول هذه المجالات ـ محتوى المادة الفعلي ـ وقد تم ذكره سـابقا. غـير أنه من الجدير بالتأكيد، أن مـلائمة المحتـوى تذهب أبعـد من مجرد وثـاقة الصلة بالموضوع. وهذا بطبيعة الحال متطلب أساسي، حيث أن المادة التي تفهم على أنها

غير ذات صلة بالموضوع لا يحتمل أن تلقى إهتماما، ولكن حتى المادة وثيقة الصلة قد تبدو غير جديرة بقدر كبير من الإهتمام إلا بمراعاة ضمان أن يتم التعبير عنها بمصطلحات تكون هي نفسها مقبولة للجمهور المستهدف.

وعلاوة على ذلك، فإن توقعات الجمهور المستهدف فيما يختص بالمعلومات التي يتلقاها تستلزم أيضا المراجعة أثناء مرحلة التخطيط. ومثل جميع الأشياء الأخرى، فإن برامج التدريب موجودة في إطار مجموعة متنوعة من السياقات، فموضوع الممارسات الوصفية، على سبيل المثال، موجود في سياق السلوك الوصفي والشخصي للفرد، والخبرة السابقة بالتعليم الطبي، وخبرات تعليمية أخرى غير مرتبطة بالتدريب المهني.

وأخيرا، فإن هوية الشخص المسئول عند توصيل البرنامج جديرة بالإهتمام أيضا. فلايجب الإفتراض على سبيل المثال، بأن خبيرا في علم الأدوية هو بالضرورة أفضل شخص للقيام بهذه المهمة. فالمعرفة الواسعة بالمعلومات التقنية ليست في حد ذاتها ضمانا للقدرة على جذب إهتمام ممارسين من المرجح أن يكونوا مقاومين. فمهارات الإتصال قد لا تقل أهمية.

الإتصال والتعزيز

إن هناك رسالة، في عملية التخطيط التي تم وصفها حتى الآن في هذا الفصل، تمت صياغتها بعناية ومن شأنها أن تحقق هدفا محددا بوسائل عملية، وهي مصممة من أجل جمهور مستهدف معين. وقدكان كل من محتوى هذه المراسلة ووسائل الأتصال التي يرجح أن تزيد من الإهتمام بها إلى أقصى حد، محل الإهتمام. والسؤال المتبقي بالتالي هوكيف يمكن زيادة فرص أن تؤدي الرسالة بالفعل، بعد أن يتم تلقيها وفهمها، إلى التغيير المنشود في السلوك. ويرتبط هذا، بشكل عام، بمدى تقبل الجمهور للرسالة. وكي تكون الرسالة متقَبّلة، يجب أن تكون موجزة نظرا لأنها ستكون آنذاك واضحة؛ وأي التباسات سوف تكون صريحة أكثر منها محجبة وفرص تذكر الرسالة فيما يشبه الشكل المنشود سوف تزداد. وكلما كانت الرسالة أكثر إسهابا، كلما زاد إحتمال أن تصبح متشابكة في

معلومات ونظم هامة أخرى، وهو ما سوف يكون مختلفا من فرد إلى فرد.

ويمكن للبرامج الجيدة التصميم أن تزيد التحفيز وذلك بإثارة اشتراك الجمهور في عملية التغيير. وهناك ميل إلى الحد من مقدار التسلية ضمن التعليم والتدريب إلى أقصى درجة بسبب الدور الهام الذي لعبه المبدأ البيوريتاني (المتزمت) في تطوير النظرية التعليمية في القرن التاسع عشر. وبنحو متساو، مع هذا، فإن لمن قلة التبصر والإفتراض بأنه لمجرد أن المعلومات قد نقلت، فقد تم تلقيها، أو أنه، بمجرد تلقيها، يتم تخزينها. فالأطباء، بصورة خاصة، معرضون لأن يُمطروا بوابل يومي هائل من المعلومات والمنشورات، وآليات الغربلة شديدة الفعالية تحمي الفرد من هذا الحمل الزائد من المعلومات. وإذا كان لتدخل ما أن ينفذ من هذه الحواجز، فما هو مطلوب أكثر من مجرد هدف وجيه. ولا شيء ينجح مثل التعزيز

إن التكرار هو أحد عناصر التعزيز؛ والعناصر الأخرى ترتبط بمدى اعتبار ما تمّ تعلمه مفيدا ووثيق الصلة بالممارسة السريرية الفعلية. ويمكن، بشكل جزئي، توجيه هذا من خلال التخطيط الجيد، الذي يدعمه إقامة آلية ما للإتصال المستمر بعد التدخل. وتتباين الصورة التي يجب أن يتخذها هذا الإتصال بدرجة كبيرة، توقفاً على عوامل أخرى، ولكنها يجب على الأقل أن تتيح الفرصة لتبادل الخبرة.

المشاكل المنهجية

بعض المشاكل المنهجية المتعلقة بتصميم، وبشكل أخص، بتنفيذ التقييم لا يمكن حلها بمجموعة من الإرشادات البسيطة، حيث أن البرامج المختلفة لها أهداف مختلفة وتستلزم خبرات مختلفة إلى حد ما. ومع ذلك، ينبغي الإجابة على هذه الأسئلة بما يناسب أولئك المسئولين عن البرنامج المعني.

والمشكلة الأولى مرتبطة بالتوقيت. من الواضح أن يكون البرنامج مسبوقا باختبار مسبق وأن يكون متبعا باختيار لاحق. وفي حين أنه ليس من الصعب بشكل عام الترتيب للإختبار الأول كي يتوافق مع بداية البرنامج، فإن هناك

بعض الصعوبات بخصوص الإختبار الثاني. فإذا تم عقد الإختبار اللاحق عقب البرنامج مباشرة، فمن الصعب آنذاك معرفة ما إذا كان أي من التغييرات التي يظهرها لا يحتمل أن يستمر. ومن ناحية أخرى، فإنه إذا سمح بمرور فترة زمنية طويلة، قد يكون من غير الممكن استعادة الإتصال مع جميع من شاركوا في البرنامج. وعلى حد سواء، قد ينبثق الكثير من المتغيرات الطارئة مما لا يسمح بارجاع تغيرات معنية إلى البرنامج في حد ذاته. ويوصي كثير من المقيّمين بالتالي باختبار مسبق قبل التدخل مباشرة، واختبار لاحق بعده مباشرة، واختبار بعد اللاحق في وقت لاحق مناسب (وليكن، ٦ أشهر). وجميعها يفترض بطبيعة الحال، التزاما حقيقيا بالتقييم، ولا سيما إذا اقترن بتقييم العملية الخاص بالفعالية، والتكاليف ـ الفعالية المقترح في جزء سابق من هذا الفصل.

والمسألة الرئيسية الثانية هي بخصوص الحجم والتكوين الأمثل للعينة. ففي حين أنه من الممكن، بدون شك، أخذ عينة كاملة، على سبيل المثال، في حالة تقييم مقرر استرشادي (Pilot Course) لعشرة ممارسين عامين، إلا أنه سوف تكون هناك حاجة لطريقة مختلفة تماما في حالة حملة قومية خططت كي تصل إلى جميع من هم مرخص لهم بوصف الدواء في دولة ما. ومن المرجح، كما هو الحال غالبا، أن تحدد ميزانية التقييم ما هو ممكن وما هو غير ممكن. غير أن هذا يشبه قصة الدجاجة والبيضة. فإذا كانت الميزانية من الصغر بحيث لا تكون العينة بالحجم المناسب ولا يمكن الوصول إلى استنتاجات صحيحة، إذن فالقيام بالتقييم لا يستحق المجهود المبذول إلا بشق الأنفس. وينبغي، بمعنى آخر، أخذ حجم وتكوين العينة بعين الإعتبار أثناء مرحلة وضع الميزانية من مراحل عملية التخطيط.

أما المسألة الثالثة فهي خاصة بمجموعات الضبط والمقارنة. ويجدر بالتذكر، هنا، أن الغرض من التدريب هو تحسين المهارسات الوصفية، وليس إعطاء الفرصة للمقيِّمين المهنيين لكتابة أبحاث للمجلات التعليمية. وبمعنى آخر، ففي حين أن وجود معيار ما للمقارنة ضروري بدون شك، إلا أن أكثر

المعايير العلمية صرامة قد لا تكون مناسبة لتدريب من هذا النـوع. والغرض من مجموعة المقارنة ـ وهو توفير المعلومات عن أولئك الذين لم يتلقـوا التدريب ـ يمكن تحقيقه عادة بدون مماثلة كل فرد فيما يتعلق بالسن، الجنس، ولون العينين.

والمسألة الأخيرة هي: من هو الأفضـل تأهيـلاً للقيام بـالتقييم؟ ويجب هنا مرة أخرى محاولة الموازنة بـين الصرامة والملائمة. فنتـائج التقييم يجب أن تكـون موضوعية بقدر الإمكـان. غير أن تكلفـة التعاقـد مع مهنيـين من مؤسسة أخـرى لمبـاشرة التقييم سـوف تكـون، في معـظم الأحيـان، غـير متكـافئـة مـع تكلفـة التـدخلات الفعليـة. ولأغراض عـدة، فإن استـدعاء مشـاور من جهة خـارجية للعمل مع أولئك الذين يباشرون البرنامج، ويحاولون تقييمـه، قد يكـون كافيـا ـ وإن صح هذا، يصبح آنذاك وجود مقياس لاستقلالية ذلك المشاور أحد الجوانب الهامة لعملية التقييم نفسها.

أمثلة من التعليم حول الكحول

يمكن توضيح بعض هذه الموضوعات بإلقاء نظرة عامة بإختصـار على عشر دراسـات عن مشكلة التعليم حـول الكحـول ذات الصلة في المنهج الـدراسي الطبي، حيث أنه يمكن تعلم بعض الـدروس الهامـة من ذلك. ومن الـدراسات العشر التي تم استعـراضها، تسـع تم إجراؤهـا في الولايـات المتحدة الأمـريكيـة وواحدة في المملكة المتحـدة. وكانت الـدراسات الأمـريكية التسـع جميعها معنيـة بالتعليم حول الكحـول في المنهج الـدراسي ما قبـل التخرج (أثنـاء الثلاثـة أعوام الأولى من كليـة الطب) أو أثنـاء فترة التخصص في الـطب النفساني. أمـا دراسة المملكـة المتحدة فقـد فحصت استجابـة الممارسـين العامـين لمقرر تـدريبي متعدد الفروع.

والرأي القائل بأن وجود مدخل مدرك تماما أو إلى حـد بعيد للتعليم حـول الكحول في المنهج الدراسي الطبي لا يُنتظر أن يحقق التأثـير الأمثل، يؤيـده مؤلفو هذه الدراسات. وفي الواقع، توصي إحـدى الدراسـات بمدخـل «معد بنـاء على طلب» (Bespoke) لهـذه المشكلة التعليميـة كمـدخـل أفضـل من أسلوب «أخـذ

الشيء جاهزاً» (off - the - peg) الذي يعمل به حالياً في تطوير المناهج الدراسية.
«والتركيز على نشر المعلومات حول الكحولية»، الذي اقترحه Fisher et al, (1976) مع الإفتراض ضمنياً بأن معرفة أكبر من شأنها أن تؤدي إلى مواقف أفضل «قد لا تكون كافية لتغيير المواقف بصورة مؤاتية. وبدلا من ذلك، فإن إحتمال التغير في المواقف يمكن أن يساعد عليه مراقبة المواقف قبل التدريب، وتصميم المنهاج الدراسي بعدئذ بالتركيز على الأمور البؤرية التي تتطلب تعديلا».

وتؤيد دراسة المملكة المتحدة (Cartwright et al., 1980) أن يكون هناك توصيلاً جارياً للمعلومات الحقيقية، أو على الأقل، أن يعتقد الأطباء بأن لديهم من المعرفة ما يكفي كي يتمكنوا من مباشرة العلاج، حيث وجد أن الأطباء أقل قلقاً من العاملين الإجتماعيين وموظفي المراقبة بشأن حالة معرفتهم السريرية. وقد لاحظ Chordorkoff (1967) أن: برنامجا مصمما لإعطاء الخبرة السريرية يجب أن يعلم المدخل إلى المريض بالإضافة إلى إعطاء معلومات نوعية عن المعرفة بالحقائق السريرية والمسائل النظرية.

وأكثر جوانب هذا الإستعراض الموجز تشجيعاً هو مدى تطور التعليم الطبي بشأن الإعتماد على الكحول واحتمال تمكنه من إحداث تأثير إيجابي على متلقيه. ويفيد تحليل الدراسات في هذا الإستعراض بأن البرامج التي تتخذ مدخلا موقفياً وسريرياً قوياً ينتظر أن تحقق نجاحاً كبيراً في إحداث تأثير إيجابي في هذه المجالات نفسها. وحيث أن التأثيرات ذات الضرر المحتمل للمواقف السلبية بين الأطباء هامة جداً ويحتمل بشكل قوي أن تؤثر على كل من تقبل المزيد من التدريب، واحتمال التعامل السريري في المستقبل مع مرضى الإعتماد على الكحول، فإن هذه النتيجة بالغة الأهمية. فهي تفيد بأن التعليم الطبي يمكن أن يواجه التشاؤم العلاجي بثقة وأن يكون له تأثير جوهري على المواقف السلبية الواسعة الإنتشار، فاتحاً بذلك الباب للتدريب السريري وما يترتب عليه من المشاركة السريرية.

وتؤيد هذا الرأي الدراسة التي أجراها Fisher et al.,(1975) عن تأثير المنهاج

الدراسي الطبي الطبيعي ما قبل التخرج. فقد استنتج المؤلفون أن: «نتائج هذه الدراسة تفيد بأن التعليم الموقفي يكون له أفضل فرصة للنجاح إذا تضمن تدريباً سريرياً وعلّم المواقف السليمة بنفس الطريقة التي يعلم بها المعلومات حالياً. وفي حين أن الصياغة الحالية لهذا الاستنتاج تبدو تأكيداً بأنها تسلم بعدد من المسائل، خصوصاً فيما يتعلق بطرق الإتصال المختارة للأغراض التعليمية المختلفة، إلا أنها تفيد بالتأكيد في إبراز أهمية مراعاة أن يكون هناك نموذجاً متكاملاً للمنهاج الدراسي الطبي يتم فيه نسج خيوط المدخلين الإداركي والسريري معا لتشكيل خبرة واحدة.

وإنه حتما لمن الأكثر صعوبة بكثير إعلان بيانات لا لبس فيها حول تأثير التعليم على السلوك (المهارات السريرية). وقد تم في تلك الدراسات التي بينت تأثيراً سلوكياً إيجابياً، استخدام معدلات التشخيص كمقياس للنجاح. وتتميز هذه المعدلات بقابليتها للقياس وموضوعيتها نسبياً. غير أنها لا تقول شيئاً عما حدث للمرضى حالما تم تشخيصهم وما إذا كان الأطباء المدربين تدريباً خاصا أكثر قدرة على مساعدتهم في مشاكلهم المتعلقة بالكحول. ومن الناحية المنهجية، توجد صعوبات بالغة في مواصلة التقييم ما بعد التشخيص وخلال فترة العلاج. غير أنه قد يكون ممكناً قطع شوط في هذا السبيل، لو أنه بدلاً من النظر إلى ما وراء وهم معدلات حصيلة العلاج، كانت هناك محاولات للنظر إلى العملية العلاجية وإلى أي مدى قد يساعد الحد من التشاؤم العلاجي في السماح لنسمات الهواء العليل أن تسري من خلال نوافذ قلة من عيادات المستشفيات.

وبهذا المعنى، يمكن التوصل إلى مقياس غير مباشر لفعالية التعليم بتعيين عدد الأطباء الذين يصفون مواداً معينة أو حتى، في بعض الأحوال، العدد الكلي للوصفات. وينبغي أن يوضع نصب الأعين، بطبيعة الحال، أن تشجيع الممارسات الوصفية السليمة ليس هو بالضرورة تأييد عدد أقل من الوصفات. فأهمية المعطيات الأساسية الدقيقة والشاملة حول الموضوعات الهامة لا يمكن المغالاة في تأكيدها.

الاستنتاجات

تهدف الأمثلة السابقة من مجال التعليم الطبي فيما يختص بالمشاكل المتعلقة بالكحول إلى توضيح بعض الأمور الشائعة التي تنبثق في برامج التقييم في مجال مشابه (وإن كان، بطبيعة الحال، غير مطابق) للمجال الذي تتم مناقشته هنا. والسؤال الأخير الذي يطرح نفسه هو كيف يمكن استخدام نتائج التقييم على أفضل وجه، علماً بأنه من المحتمل أن تكون غير حاسمة، على الأقل، في بعض النواحي.

والإجابة الأولى هي أن هذه النتائج ينبغي تلقيمها بصورة مباشرة تلقيماً راجعاً في تصميم البرنامج التالي. غير أن هناك جانباً هاماً آخر، وهو مسئولية المخططين والمقيمين، وسواء بسواء المجتمع العلمي الأكبر. وفي حين أن الأبحاث الخاصة بالمجلات العلمية ليست في حد ذاتها نهاية المطاف، فإن نشر المعلومات المفيدة المستمدة من عمليات التقييم من شأنه بدون شك أن يكون ذا قيمة بالغة بالنسبة للزملاء في دول أخرى والذين يناضلون مع مشاكل مماثلة أو مشابهة. وهناك سبب وراء نشر عشر دراسات فقط عن التعليم حول الكحول عل مدى ٢٠ عاماً. ومسئولية التوصيل لا تنتهي مع التدخل. وهذا صحيح على حد سواء بالنسبة للمشاركين أنفسهم، حيث أنهم سوف يوصلون بالتأكيد بعض ما تعلموه إلى زملائهم. ومن ثم، يمكن تشبيه كل تدخل بإلقاء حصاة في بركة ماء. ويظهر أكبر قدر من التأثير، على الأرجح، وقت التوصيل، ولكن التأثيرات تستمر، وبالرغم من أنها تفقد قوتها كلما زاد انتشارها، إلا إنها يمكن أن تصل إلى كل فرد في نهاية الأمر.

* * *

الفصل الحادي عشر
التوصيات

بعد أسبوع من المناقشة والجدل حول جميع جوانب وصف المواد النفسانية التأثير (Psychoactive)، وضع المشاركون في اجتماع موسكو التوصيات الآتية التي يؤمل أن يتم إدخالها في سياسات جميع المؤسسات المعنية بتعليم المهنيين بالرعاية الصحية.

١ ـ تكثيف التدريب على الوصف الرشيد، وعلى وجه الخصوص، للأدوية النفسانية التأثير في مرحلة التعليم قبل التخرج للمهنيين الصحيين.

٢ ـ يجب أن يشمل تدريب الأطباء قبل وبعد التخرج تدريباً أساسياً على مختلف العلاجات غير الدوائية البديلة أو المساعدة التي يمكن استخدامها بدلا من وصف أدوية نفسانية التأثير.

٣ ـ ينبغي أن يتركز تعليم الواصفين على المشاكل الصحية بنفس قدر تركزه على الأدوية.

٤ ـ ينبغي تطوير برامج تعليم المهنيين بالرعاية الصحية التي تهدف إلى تحسين وصف الدواء في جميع الدول وذلك بالتعاون مع المنظمات ذات الصلة، والمنظمات غير الحكومية الأخرى والمتخصصين التعليميين.

٥ ـ ينبغي تشجيع الأبحاث التي تحدد الممارسات الوصفية المطلوبة. ويجب تحديد أهم المشاكل في كل دولة على حدة.

٦ ـ ينبغي توفير المعلومات حول الأدوية المناسبة للمرضى في جميع الدول،

وذلك بتعاون المهنيين، المستهلكين والصناعة.

٧ ــ نظراً لأن خبرة المريض تعد مصدراً هاماً للمعلومات، فينبغي تطوير طرق استخدامها للأغراض التعليمية.

٨ ــ يتعين على صناع السياسة استخدام وسائل الإتصال المتقدمة في محاولة تحسين ممارسات وصف الدواء، وهذه تشمل الفيديو، التلفاز والاستراتيجيات الإعلانية التي تستخدمها صناعة الدواء لترويج المواد النفسانية التأثير، وذلك بالإضافة إلى الطرائق التي طورها المتخصصون التعليميون.

٩ ــ يجب اطلاع حكومات جميع الدول، ولكن بوجه خاص حكومات الدول النامية على أهمية الاستثمار لرفع مستوى المعرفة التقنية والإدارية للهيئات المنظمة للأدوية. وتعد إجراءات التسجيل (Registration) الجيدة والرقابة المناسبة على الأدوية النفسانية التأثير عناصر أساسية لجميع الإجراءات التي من شأنها القضاء على فرط وسوء استعمال الدواء.

١٠ ــ ينبغي تشجيع الدول النامية على وجه الخصوص على تنفيذ برنامج الأدوية الأساسية (Essential Drugs)، كما أوصت منظمة الصحة العالمية. وينبغي كجزء من هذا البرنامج، خفض عدد الأدوية المتاحة في دولة ما، حيث أن عدداً كبيراً من الأدوية على نحو غير ضروري يمثل عقبة في سبيل التعليم الرشيد.

١١ ــ يجب أن تساعد المادة الترويجية التي تقدمها شركات الأدوية الواصفين في إتخاذ قرارات وصفية رشيدة وذلك بتوفير معلومات موضوعية مفيدة.

١٢ ــ أينما كان الإسم التجاري لدواء ما مستخدماً في الوسم (labelling) أو في مادة مطبوعة أخرى ينبغي تشجيع إبراز الإسم الرسمي أو الجنسيّ (generic) على نحو متساو.

١٣ ــ إن تعدد الأسماء بالنسبة لدواء ما يؤدي إلى تشويش كل من المهنيين

بالرعاية الصحية والمرضى، وإعاقة التعليم. ومن ثم ينبغي استكشاف الطرق الممكنة للحد من عدد الأسماء.

١٤ ـ إذا ثبت أن دواء ما نفساني التأثير (psychoactive) عرضة لسوء الإستعمال، ينبغي اتخاذ القرار الضبطي السليم لقصر توفيره على الأعراض الطبية والعلمية. وفي مثل هذهالحالة، لا يمكن اعتبار التعليم بديلا.

١٥ ـ ينبغي أن يتم، أثناء عمليةالترخيص، جمع قدركبير من المعلومات التي قدتكون ذات قيمة بالنسبة لكل من التعليم والأبحاث. وينبغي الإهتمام بجعل هذه المعلومات متاحة بالطريقة السليمة.

١٦ ـ يجب على وزارات الصحة تحمل مسئولية جميع المسائل التي تخص استعمال الدواء والمشاكل الصحية الناجمة عن سوء استعمال الدواء. وبينما يكون العديد من الأقسام الحكومية مهتما بمشكلة سوء الإستعمال (abuse) ككل، يجب أن يتولى أحد الأقسام مسئولية التنسيق عموما.

١٧ ـ اتفقت المجموعة على أن المعطيات الإحصائية بشأن الأدوية المخدرة (narcotic) والنفسانية التأثير (psychoactive) التي تخضع للرقابة الدولية تمثل معلومات ذات قيمة كبيرة. ومن ثم، فقد تمت التوصية ببذل الجهود من قبل الهيئات المسئولة من أجل إجراء تحليل دقيق لتلك المعطيات وتقديمها في الصورة التي يسهل بها على الأطباء وغيرهم من المهنيين بالرعاية الصحية فهمها. وبالإضافة إلى هذا، يتعين على الهيئات الوطنية المنظمة للأدوية بحث طرق الحصول على المعلومات الإحصائية عن استعمال الأدوية النفسانية التأثير التي لا تخضع للرقابة الدولية. فمن شأن هذه المعلومات أن تساعد في صياغة السياسات الدوائية الوطنية والوعي المهني بانتاج وتوافر الأدوية النفسانية التأثير.

* * *



ملحق ١

اجتماع منظمة الصحة العالمية حول تدريب المهنيين بالرعاية الصحية من أجل تحسين وصف، وتوصيل واستخدام المواد النفسانية التأثير (psychoactive). موسكو، ٨ ـ ١٣ اكتوبر ١٩٨٤

المشاركون

- د. أ. اسلاند، المدير الطبي النرويج (المجلس الدولي للكحول والإدمان)
- د. أ. أ باباپان، رئيس قسم التقييم، الأدوية الجديدة والتجهيزات الطبية، وزارة الصحة بالإتحاد السوفيتي، موسكو، الإتحاد السوفيتي (رئيسا)
- السيد أ. باهي، سكرتير المجلس لمكافحة المخدرات، المركز الدولي بڤينا، ڤينا، النمسا.
- د. ن. ك. ياركوف، رئيس معمل المخدرات بمعهد سربسكي للطب النفسي الشرعي والعام، موسكو، الإتحاد السوفيتي.
- د. ك. إدموندسون، المساعد الأول للمدير العام، قسم العلاجيات، قسم صحة الكمنولث، كاندا، استراليا
- د. ب. أ. إيمافو، مديرالخدمات الصيدلية، وزارة الصحة الفيدرالية، لاجوس، نيجيريا.
- السيد هـ. إمبلاد، مساعد المدير التنفيذي، صندوق الأمم المتحدة لمكافحة سوء استعمال الدواء، مركز ڤينا الدولي، ڤينا، النمسا.
- الأستاذ ع. قدس، مدير وحدة علاج الإعتماد على الدواء وأبحاث الكحول،

كلية طب مستشفى سان جورج، لندن، انجلترا (نائب الرئيس)

ـ السيد م. جرانت، عالم أول، قسم الصحة العقلية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

ـ د. أ. هيمينكي، قسم الصحة العامة، تامبيرى، فنلندة.

ـ د. أ. هركسهايمر، قسم علم الأدوية السريري، كلية طب مستشفي تشارنج كروس ووستمنسر، لندن، انجلترا (المنظمة الدولية لاتحادات المستهلكين).

ـ د. ع. ج. خان، عميد مدرسة الطب، كلية طب أيوب، أبوت أباد، باكستان.

ـ د. أ. خان، موظف طبي أول، قسم الصحة العقلية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

ـ د. ب. ميد، مساعد نائب الرئيس، مدير خدمات التسويق المهنية، هوفمان لاروس، ناتلي، نيوجيرسي، الولايات المتحدة الأمريكية (الإتحاد الدولي لجميعات منتجي الأدوية).

ـ د. ل. أوزارين، موظف طبي، الصحة العقلية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا، كوبنهاجن، الدنمارك.

ـ الأستاذ ب. ركسيد، عضو المجلس الدولي لمراقبة المخدرات، أسلو، النرويج.

ـ الأستاذ ج. م. روندنكي، السكرتير العلمي العام، اللجنة الدوائية، وزارة صحة الإتحاد السوفيتي، موسكو، الإتحاد السوفيتي.

ـ الأستاذ ك. ر. شوستر، مديرمركز أبحاث الإعتماد على الدواء، قسم الطب النفسي ـ جامعة شيكاغو، شيكاغو، إيللينوي، الولايات المتحدة الأميركية.

ـ د. أ. سيناي، قسم الطب النفسي، جامعة شيكاغو، شيكاغو، إيللينوي، الولايات المتحدة الأمريكية (لجنة مشاكل الاعتماد على الدواء والجمعية الطبية الأمريكية).

- الأستاذ ك. سوانويلا، نائب رئيس شئون الأبحاث، جامعة شالالونجكورن، بانكوك، تايلاند.
- الأستاذ أ.ك. زاتيني، السكرتارية الوطنية للمراقبة الصحية، وزارة الصحة، برازيليا، البرازيل.

صدر عن المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

العنوان	المؤلف
١- دليل الأطباء	اعداد المركز
٢- التنمية الصحية	د. رمسيس عبدالعليم جمعة
٣- نظم وخدمات المعلومات الطبية	د. شوقي سالم وآخرين
٤- السرطان المهني	د. جاسم كاظم العجزان
٥- القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات	د. ك. بورتر وآخرين
٦- الدور العربي في منظمة الصحة العالمية	اعداد الأمانة الفنية للمجلس
٧- دليل قرارات المكتب التنفيذي لمجلس وزارة الصحة العرب	اعداد الأمانة الفنية للمجلس
٨- الموجز الارشادي عن الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي (ترجمة د. ابراهيم القشلان)	د. نيكول ثين
٩- زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل	د. عبدالفتاح عطا الله
١٠- دليل المستشفيات والمراكز العلاجية في الوطن العربي	اعداد المركز
١١- السرطان: أسبابه - أنواعه - تشخيصه ، طرق العلاج والوقاية منه	د. عبدالفتاح عطا الله
١٢- الموجز الارشادي عن الممارسة الطبية العامة (ترجمة د. عدنان تكريتي)	كونراد م. هاريس
١٣- الموجز الارشادي عن الطب المهني (ترجمة د. محمد حازم غالب)	ح. أ. والدرون
١٤- أمراض العين	د. عبدالرزاق السامرائي
١٥- الموجز الارشادي عن التاريخ المرضي والفحص السريري (ترجمة د. إبراهيم الصياد)	روبرت تيرنر
١٦- الموجز الارشادي عن التخدير (ترجمة د. سامي حسين)	ج. ن. لون
١٧- الموجز الارشادي عن طب العظام والكسور	ت. دكوورث
١٨- الموجز الارشادي عن الغدد الصماء (ترجمة د. نصر الدين محمود)	ر. ف. فلتشر
١٩- دليل طريقة التصوير الشعاعي	ت. هولم وآخرين
٢٠- دليل الممارس العام لقراءة الصور الشعاعية	ب. م. س. بالمر وآخرين
٢١- علم الأدوية التطبيقي	المركز ومنظمة الصحة العالمية
٢٢- التسمية الدولية للأمراض (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية) المجلد ٢ الجزء ٣: الأمراض المعدية	المركز ومنظمة الصحة العالمية
٢٣- الداء السكري لدى الطفل (ترجمة مروان القنواتي)	د. مصطفى خياطي



WORLD HEALTH ORGANIZATION

The World Health Organization is a specialized agency of the United Nations with primary responsibility for international health matters and public health. Through this organization, which was created in 1948, the health professions of 166 countries exchange their knowledge and experience with the aim of making possible the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and econocmically productive life.

The objective of the World Health Orgaization, as stipulated in its Constitution, is the attainment by all peoples of the highest possible level of health. To achieve this goal, the Organization acts as the directing and co-ordinating authority on international health work.

By means of direct technical cooperation with its Member States, and by stimulating such cooperation among them, WHO promotes the development of comprehensive health services, the prevention and control of diseases, the improvement of environmental conditions, the development of health manpower, the coordination and development of biomedical and health services research, and the planning and implementation of health programmes.



ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE
(ACML)

The Arab Centre for Medical Literature (ACML) is an Arab Regional Organization established in 1980 and derived from the Higher Council of Arab Ministers of Public Health, The Arab League and its Permanent Headquarters is in Kuwait.

ACML has the following objectives:-

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical and health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic Medical literature to build a current bibliographic database.
- Staff training in the fields of health documentation and information in the Arab World.

ACML consists of a board of trustees surpervising ACML's general secretariate and its four main departments. ACML is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as, directories, encyclopedia's dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab Medical information Infrastructure.

ACML is responsible for disseminating the main information services for the Arab Medical literature and organizing the training courses in medical information and documentation fields to develop the medical manpower in those fields in the Arab World.



"ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE"

(ACML)

P.O.Box: 5225
13053 Safat
KUWAIT

Tel.: 2416915
2419086
Telex: 44675 KT

Fax: 2416931

PUBLISHED IN ENGLISH BY "WHO"



ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE



WORLD HEALTH ORGANIZATION

PSYCHOACTIVE DRUGS:

Improving prescribing practices

Edited by

Hamid Ghodse

Inayat Khan

1st Edition





ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE

WORLD HEALTH ORGANIZATION

PSYCHOACTIVE DRUGS: Improving prescribing practices

Edited by

Hamid Ghodse

Inayat Khan

1st Edition